

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE / FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha: / /		Fecha de nacimiento: / /		Número de seguridad social:	
Apellido:			Nombre:		Hembra <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Dirección:			¿Es usted parte del programa sin sangre? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Ciudad:		Estado:	Código postal:	¿Necesita un traductor? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Teléfono de casa:			Estado civil: <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viudo		
Teléfono móvil:			¿Tiene una directiva anticipada o testamento vital? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
¿Podemos dejar un mensaje de voz en su teléfono de casa?		sí no	Breve o extendido	¿Podemos dejar un mensaje de voz en su teléfono móvil?	
		sí no	Breve o extendido		
Raza:		<input type="checkbox"/> Indian EE.UU. o Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Americano negro o africano <input type="checkbox"/> otra Raza		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano or latinoamericano <input type="checkbox"/> no Hispano or Latino <input type="checkbox"/> Se negó a Report	
Lenguaje Primario:		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Griego <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro		Dirección de correo electrónico:	
Farmacia:			Teléfono de farmacia:		
Dirección de farmacia:			Solicitud de chaperona: Para su comodidad, si desea un acompañante durante su visita al médico, informe al asistente médico al entrar en la sala de examen.		
INFORMACION DE EMPLEO					
Empleador:			Ocupación:		
Dirección del empleado:					
Teléfono del trabajo:			¿Podemos dejar un mensaje de voz a su número de la empresa?	sí no	Breve o extendido
INFORMACIÓN DEL SEGURO					
Nombre de suscriptor:			Número de seguridad social del suscriptor:		
Suscriptor Fecha de Nacimiento:			Relación con el suscriptor:		
Empleador del suscriptor:			Teléfono #:		
Suscriptor Dirección del empleador:					
SEGURO DE PRIMARIA					
Nombre:		Póliza #:		Grupo #:	
SEGURO DE SECUNDARIA					
Nombre:		Póliza #:		Grupo #:	
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Contacto de emergencia:			Teléfono #:	Relación:	
INFORMACIÓN DEL MÉDICO CON REFERENCIA					
El médico de referencia:			Especialidad:		
Dirección:			Teléfono #:		
Ciudad:		Estado:	Código postal:		
Razón de la visita:					
RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN					
<p>Certifico que toda la información que he proporcionado arriba es correcta y verdadera. Yo autorizo el pago de beneficios médicos para los servicios ofertados a mí por este grupo médico. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier monto no cubierto por mi seguro. Autorizo la divulgación de la información con respecto a mi atención médica a mi compañía de seguros con el propósito de revisar y procesar las reclamaciones médicas de pago.</p>					
Firma:		Relación con el paciente:		Fecha:	



Acuerdo del paciente

Yo, _____, consiento de manera voluntaria y comprendo que
NOMBRE

_____ Mantendré (y llegaré a la hora a) todas mis citas programadas con el doctor y otros miembros del equipo de tratamiento y debo usar solo un médico para que me prescriba y supervise toda sustancia controlada.

_____ Participaré en cualquier otro tipo de tratamiento en el cual se me pida que participe.

_____ Mantendré la medicina guardada de manera segura y fuera del alcance de niños. Si el medicamento es hurtado o extraviado, yo entiendo que no será reemplazado hasta mi próxima cita, y es posible que no sea reemplazado en absoluto. Los medicamentos hurtados deben ser reportados a la policía.

_____ Tomaré el medicamento como indicado y no cambiaré la manera en la que lo tomo sin consultar primero con el doctor u otro miembro del equipo de tratamiento.

_____ No llamaré entre citas, en la noche o fin de semana para obtener recargas. Yo comprendo que las recetas serán despachadas durante las visitas programadas al consultorio con el equipo de tratamiento.

_____ No venderé este medicamento ni lo compartiré con otras personas. Esto es ilegal y peligroso. Yo entiendo que si vendo o comparto este medicamento, mi tratamiento será suspendido.

_____ Firmaré un formulario de autorización para permitir que el doctor hable con todos los otros doctores o proveedores con los que me atienda.

_____ Le informaré al doctor sobre todos los otros medicamentos que tome. Le informaré inmediatamente si tengo una receta para nuevos medicamentos:

_____ No obtendré ningún otro medicamento que pueda ser adictivo, como benzodiazepinas (Klonopin™, Xanax™, Valium™) o estimulantes (Adderall™) sin avisarle a un miembro del equipo antes de despachar esa receta.

_____ Yo tengo claro que existen efectos secundarios con las sustancias controladas, lo cual puede incluir, sin limitarse a, sarpullidos cutáneos, constipación, disfunción sexual, anomalías de sueño, sudor, edemas, sedación o la posibilidad de daños a la capacidad cognitiva y/o motriz. El abuso de sustancias controladas puede causar deficiencia respiratoria.

_____ No usaré drogas ilegales como heroína, cocaína, marihuana o anfetaminas. Entiendo que si uso drogas ilegales, mi tratamiento será suspendido.

_____ Acudiré a una prueba de drogas y recuento de mis píldoras dentro de 24 horas de recibir la llamada. Comprendo que debo asegurarme que la oficina tenga mi información de contacto actual para poder localizarme, y que cualquier prueba a la que falte será considerada como positiva para drogas.

_____ No acumularé drogas ni adquiriré sustancias controladas a través de otros médicos (incluyendo salas de emergencia). El incremento o reducción no controlado de dosis, el extravío de prescripciones o el no respetar el contrato puede resultar en el término de la relación médico/paciente.

_____ Yo comprendo que puedo perder mi derecho a tratamiento en esta oficina si violo alguna parte de este contrato.

Declaración del Programa



Nosotros aquí en _____ nos comprometemos a trabajar con usted en su esfuerzo para mejorarse. Para ayudarle en este trabajo, acordamos que:

Le ayudaremos a programar citas regulares para recargas de medicamento. Si tuviéramos que cancelar o cambiar su cita por alguna razón, nos aseguraremos que tenga suficiente medicamento que le dure hasta su próxima cita.

Nos aseguraremos que este tratamiento sea lo más seguro posible. Nos mantendremos en contacto para verificar que no esté experimentando efectos secundarios dañinos.

Llevaremos el registro de su prescripción y pruebas de uso de drogas de manera regular para ayudarle a sentir que está siendo bien supervisado.

Le ayudaremos a conectarse con otras formas de tratamiento para ayudarle con su condición. Ayudaremos a establecer metas de tratamiento y a supervisar su progreso para alcanzar estas metas.

Trabajaremos con cualquier otro doctor o proveedor con quien se esté atendiendo para que puedan tratarle de manera segura y efectiva.

Trabajaremos con sus proveedores de seguro médico para asegurar que no esté sin medicamento debido a papeleo u otras cosas que le pidan.

Si usted se vuelve adicto a estos medicamentos, le ayudaremos a obtener tratamiento y a dejar los medicamentos que le están causando problemas de manera segura, sin que se enferme.

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (EN IMPRENTA)

FECHA

FIRMA DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR (EN IMPRENTA)

FECHA



MDPartners

ENGLEWOOD HOSPITAL
AND MEDICAL CENTER

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO, DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ACUERDO FINANCIERO

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Los abajo firmantes, presta su consentimiento para cualquier rayo X, laboratorio u otros procedimientos médicos o examen rendido a mí bajo las instrucciones generales y específicas de mi médico (s). Reconozco que no hay garantías para mí en cuanto al resultado del tratamiento / examen en MDPartners. También doy mi consentimiento para la prueba de mi sangre para usos de Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y / u otros agentes patógenos transmitidos por la sangre, en el caso de que cualquier persona en una práctica MDPartners se expone accidentalmente a mi sangre o fluidos corporales, o mi médico cree dicha prueba está indicada médicamente. Los resultados de estas pruebas serán reportados a mí, señalado en mi historial médico y reportado al Departamento de Salud del Estado como lo exige la ley.

2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

MDPartners se autoriza a divulgar cualquier / todos mis historial médicos a la persona (s) responsable de mis obligaciones financieras derivadas de los servicios y para utilizar los datos de mi expediente médico para estudios de calidad, epidemiología y educación para que ninguna información de identificación será hecha pública. Autorizo a MDPartners para descargar mi historial médico de "Sure Scripts".

3. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

En caso de que el paciente tenga derecho a beneficios médicos de cualquier tipo que surja de cualquier política de cobertura de seguro del paciente o cualquier otra parte responsable por el paciente, dicho beneficios quedan asignados a MDPartners y / o el médico tratante. En el caso de la aseguradora del paciente niega beneficios médicos, la cobertura o el pago, el consentimiento queda autorizado para permitir la práctica y / o médico tratante para apelar esas decisiones en nombre del paciente.

4. BENEFICIOS DE MEDICARE (EN SU CASO)

Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para tal o una reclamación de Medicare relacionadas. Cedo los beneficios pagaderos por sus servicios a MDPartners o el médico de equipamiento de los servicios y autorizo MDPartners o el médico que trata de presentar una reclamación de pago a Medicare.

5. MEDICAID

Certifico que los servicios cubiertos por esta afirmación se han recibido y solicito que el pago de estos servicios se hagan en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios de práctica a MDPartners y / o el tratamiento médico. Autorizo MDPartners o el médico a presentar una reclamación de pago a Medicaid en mi nombre. Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar este reclamo de conformidad con la política del programa.

6. OTROS SERVICIOS MÉDICOS (FUERA DE NUESTRA PRÁCTICA)

En caso de que el paciente tiene derecho a beneficios de cualquier tipo que surja de cualquier póliza de seguro que cubre al paciente, que señalan que los beneficios también quedan destinados a cualquier otros médicos (fuera de nuestra práctica) la prestación de servicios a usted en nuestra petición. Entiendo que es responsabilidad del paciente para obtener información de su / su compañía de seguros para determinar si los médicos antes mencionados están participando en el plan de seguro del paciente. La participación de MDPartners en cualquier plan de seguro dada no indica la participación de los otros médicos fuera de esta práctica. Entiendo que soy responsable de las prácticas de los otros médicos para cualquier cargo no cubierto por mi plan de seguro.

7. ACUERDO FINANCIERO

Estoy de acuerdo, ya sea de firmar como agente o paciente, que, en consideración a los servicios prestados al paciente, estoy prestamente obligado/a de forma individual para hacer el pago a MDPartners de acuerdo con las tarifas normales y términos de MDPartners. Entiendo que soy responsable de pagar a MDPartners cualquier cantidad facturada y no cubierta por cualquier compañía (s) de seguro, incluyendo cualquier cantidad negadas por la compañía de seguros sin ninguna certificación previa o remisión. En caso de que se remita la cuenta para la recogida después de un defecto, estoy de acuerdo en pagar los costos de cobro, incluyendo los honorarios del abogado razonable. Todas las cuentas de morosos intereses a tasas legales.

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído y entiende lo anterior, la recepción de una copia de la misma y como paciente o agente del paciente, autoriza a ejecutar lo anterior, acepta sus términos.

Firma del Paciente / Agente Autorizado

Fecha

Nombre Firma del Paciente / Representante Autorizado

Reconozco que se me ha proporcionado una copia de MDPartners Aviso de Privacidad.

Firma del paciente / Agente Autorizado

Fecha



**DESIGNACIÓN DE FAMILIARES, AMIGOS Y CUIDADORES
A RECIBIR LA INFORMACIÓN NECESARIA RELACIONADA
CON EL TRATAMIENTO**

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Estoy de acuerdo que MD Partners puede revelar ciertas partes de mi información médica a un miembro de la familia, amigo familiar u otro cuidador porque tal persona está involucrada con mi atención médica o pago relacionado con mi atención médica.

MD Partners revelara solamente la información que es directamente relevante a la participación de la persona con mi atención medica o pago relacionado con mi atención médica.

Firma del paciente/custodio: _____ **Fecha:** _____

Opto por no designar a ninguna persona en este momento.

Designo a los siguientes contactos nombrados como personas involucradas con mi atención médica o pago relacionado a mi cuidado de salud para MD Partners hagan las revelaciones limitadas descritas anteriormente.

Yo entiendo que no estoy obligado a nombrar a alguna persona, y puedo cambiar esta lista en cualquier momento por escrito.

Nombre de contacto: _____

Fecha de nacimiento de contacto (requerido): _____

Relación: _____

Nombre de contacto: _____

Fecha de nacimiento de contacto (requerido): _____

Relación: _____

Nombre de contacto: _____

Fecha de nacimiento de contacto (requerido): _____

Relación: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

MD Partners, una práctica de especialidades múltiples que operan en varios lugares en el norte de Nueva Jersey y el condado de Rockland, Nueva York, se dedica a la protección de su vida privada, incluida la información médica protegida acerca de usted que generamos y mantenemos. Este aviso describe cómo podemos utilizar y compartir la información protegida de salud, nuestras obligaciones legales relacionadas con el uso y el intercambio de esta información, y sus derechos relacionados con la información médica protegida acerca de usted. Como lo requiere la ley, debemos mantener la privacidad de la información de salud protegida, proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información y cumplir con los términos de la presente Notificación.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Podemos utilizar y divulgar su información de salud para diferentes propósitos, incluyendo las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Para cada una de estas categorías, hemos suministrado una descripción y un ejemplo. Parte de la información, como la información relacionada con el VIH, la información genética, el alcohol y / o registros de abuso de sustancias, y los registros de salud mental puede tener derecho a las protecciones de confidencialidad especiales bajo la ley estatal o federal. Vamos a cumplir con estas protecciones especiales que se relacionan con los casos aplicables que implican este tipo de registros.

Tratamiento: Podemos utilizar y divulgar su información de salud para proporcionarle tratamiento y servicios de atención de la salud. Por ejemplo, podemos divulgar información sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes u otro personal involucrado en su cuidado. También podemos compartir esta información con otras agencias o instalaciones con el fin de proporcionar los servicios que usted necesita, tales como recetas, análisis de laboratorio y / o atención médica continua después de salir de nuestra práctica. Compartir su información para esta finalidad da a sus proveedores la información que necesitan para ofrecerle la atención adecuada.

Pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener el reembolso de los tratamientos y servicios que recibe de nosotros u otra entidad involucrada con su cuidado, tal como una compañía de ambulancias. Actividades de pago incluyen facturación, cobros, gestión de reclamaciones, y las determinaciones de elegibilidad y cobertura para obtener el pago de usted, una compañía de seguros, o un tercero. Por ejemplo, podemos enviarle una factura de divulgar su información de salud a su compañía de seguros o a un pagador beneficio que es responsable de la totalidad o parte de su factura médica. Si la ley federal o estatal nos exige obtener un permiso escrito de usted antes de divulgar información de salud para fines de pago, le pediremos que firme un comunicado.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, su información médica puede ser utilizada por los miembros del personal médico para evaluar el desempeño de nuestros profesionales de la salud, evaluar la calidad de la atención y los resultados de casos de los pacientes, y buscar áreas de mejora dentro de nuestra práctica. También podemos combinar la información médica de varios pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios, y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos.

Recordatorios de citas: Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con un proveedor. Alternativas de tratamiento: Podemos comunicarnos con usted para informarle o recomendarle posibles alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.

Las personas involucradas en su atención o en el pago de su atención: Podemos revelar su información de salud a su familia, amigos o cualquier otra persona identificada por usted cuando están involucrados en su cuidado o en el pago de su atención. Además, podemos divulgar información sobre usted a un representante de los pacientes. Si una persona tiene la

autoridad por ley a tomar decisiones de atención de salud para usted, vamos a tratar de que el representante del paciente de la misma manera que lo haría con respecto a su información médica.

Investigación: Podemos usar o divulgar su información médica para fines de investigación, con sujeción a los requisitos del derecho aplicable. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación, que establece protocolos para asegurar que su información médica continuará siendo protegida. Cuando es necesario, vamos a obtener una autorización por escrito de usted antes de usar su información de salud para la investigación.

Actividades de Marketing: Podemos comunicarnos con usted como parte de nuestras actividades de marketing, según lo permitido por la ley aplicable.

Requerido por la ley: Podemos utilizar y divulgar su información médica según lo exige la ley. Por ejemplo, podemos revelar información de salud para los registros de pacientes han sido encomendados, de notificación de enfermedades transmisibles y de los procedimientos judiciales y administrativos, entre los datos presentados en respuesta a una orden judicial.

Aplicación de la ley: Podemos revelar su información de salud para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con sus funciones policiales. Ejemplos incluyen responder a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar; identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo o persona desaparecida; y reportar una conducta criminal en nuestras instalaciones.

Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad: Según lo permitido por la ley y las normas de conducta ética, podemos usar y divulgar información médica si creemos que es necesario el uso o divulgación para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.

Los esfuerzos de socorro: Cuando lo permita la ley, podemos coordinar nuestros usos y divulgaciones de información de salud con entidades públicas o privadas que asisten en un esfuerzo de alivio de desastres. Si no desea que divulguemos su información de salud para este propósito, debe comunicárselo a su médico para que nosotros no revelemos esta información a menos que hecho con el fin de responder adecuadamente a la emergencia.

Donación de Órganos y Tejidos: Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos, ojos o tejidos, oa un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar el órgano o tejido donación y el trasplante.

Militares y veteranos: Si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas, nacionales o extranjeras, podemos divulgar su información médica a las autoridades del comando militar según lo autorizado o requerido por la ley.

Compensación a los Trabajadores: Podemos revelar su información de salud para los programas que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actividades de salud pública: Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública, incluyendo la divulgación a:

- o Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- o Reportar nacimientos y muertes;
- o Informe de abuso o negligencia infantil;
- o Informe sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos;
- o notificar a una persona de un retiro, reparación o sustitución de los productos o dispositivos;
- o Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o condición; o
- o Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de supervisión de salud: Podemos divulgar información médica a agencias federales o estatales que supervisan nuestras actividades, incluidas las licencias, auditorías, y las agencias de acreditación.

Médicos Forenses y Directores de Funerarias: Podemos revelar información de salud a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia: Podemos revelar su información médica a funcionarios federales autorizados para la inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de Protección para el Presidente y Otros: Podemos revelar su información médica a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente u otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

Presos: Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a fin de que los derechos se pueden llevar a cabo en virtud de la ley.

Otros usos de su información de salud: Otros usos y divulgaciones de información de salud no cubiertos por este aviso o por las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su permiso en una escrita autorización, incluyendo ciertas actividades de marketing, la venta de información de salud, y divulgación de la psicoterapia observa con algunas excepciones. Usted tiene el derecho de revocar su autorización en cualquier momento, siempre que la revocación se haga por escrito, salvo en la medida en que ya hemos tomado medidas en relación con su autorización.

INFORMACIÓN DE SALUD DE CAMBIO (HIE)

Participamos en una red de intercambio de información de salud electrónica (HIE) llamada "Jersey Health Connect". En general, un HIE es una organización que los proveedores de atención de la salud participan en el intercambio de información de los pacientes con el fin de facilitar la atención de la salud, para evitar la duplicación de servicios (como pruebas de laboratorio), y para reducir la probabilidad de que se produzcan errores médicos. Jersey Health Connect permite que los proveedores participantes a que intercambien la información a través de una red segura, lo que permite a los proveedores participantes el acceso electrónico inmediato a su información médica pertinente que es necesario para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

Si usted no desea que su información sea incluida en el Jersey Health Connect HIE, usted puede optar por no. A menos que se excluye, su información estará disponible a través de la red de Jersey Health Connect HIE a sus proveedores participantes autorizados de conformidad con el presente Aviso y derecho aplicable. Por ejemplo, si recibe una prueba de sangre de un proveedor autorizado de participar y se le trató más tarde por una segunda autorizado proveedor participante, los dos proveedores pueden compartir sus resultados de la prueba electrónica a través de la red segura de Jersey Health Connect. Si decide optar por salir de Jersey Health Connect, la información seguirá siendo visitada, utilizada y divulgada, de conformidad con el presente Aviso; Sin embargo, no compartiremos su información a través de la HIE.

Puede obtener información adicional sobre el Jersey Health Connect HIE visitando <http://www.jerseyhealthconnect.org/>. Nosotros le proporcionaremos con un folleto informativo sobre Jersey Health Connect a petición.

HIE Opt Out:

Si usted no desea permitir que se autorizó a médicos, enfermeras y otros médicos que participan en su cuidado para compartir electrónicamente su información de salud con otros a través Jersey Health Connect como se explica en esta Notificación, puede completar, firmar y enviar el Jersey de la Salud Conecte formulario opt-Out como se indica en esa forma, y vamos a cumplir con su selección opt-out. El formulario de conexión de Opt-Out Jersey salud puede ser obtenida directamente de cualquiera de sus proveedores participantes en Jersey Health Connect, o usted puede descargar el formulario desde-hacia fuera-forma www.jerseyhealthconnect.org/patients/opt-out. Cualquier excepción que niega a un individuo de optar por que su información transmitida a través de la Jersey Health Connect HIE, deberá encontrar pleno fundamento bajo la ley federal y estatal.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Derecho a inspeccionar y copiar: Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de sus expedientes médicos. Usted tiene el derecho a obtener, previa solicitud, una copia de su información médica en formato electrónico si mantenemos su información de salud electrónica (en nuestras computadoras). También puede solicitar que nos envíe una copia de su información de salud a otra empresa o persona que haya designado. Sin embargo, este derecho está sujeto a algunas excepciones, incluyendo las notas de psicoterapia, información reunida para ciertos procesos legales, y cualquier información médica restringida por la ley. Con el fin de inspeccionar y copiar su información de salud, usted debe presentar su solicitud por escrito a MD Partners Oficial de Privacidad. Si solicita una copia de su información de salud, podemos cobrarle una cuota por el costo de copiar y enviar por correo sus registros, así como para otros gastos asociados con su solicitud. Si se le niega una solicitud de acceso, usted tiene derecho a que se revise la denegación de acuerdo con los requisitos del derecho aplicable.

Derecho a solicitar una restricción: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos y divulgamos para tratamiento, pago y atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto en el caso en que la divulgación es un plan de salud con el propósito de llevar a cabo las operaciones de pago o asistencia médica, y la información se refiera exclusivamente a un tema de salud o servicio para el que el proveedor de cuidado de la salud se ha pagado de su bolsillo en su totalidad. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su solicitud por escrito a MD Partners Oficial de Privacidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de sus asuntos de salud por medios alternativos o en lugares alternativos. Para hacer tal petición, usted debe presentar su solicitud por escrito a MD Partners Oficial de Privacidad.

Derecho a solicitar una enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud. Con el fin de solicitar una enmienda a su información de salud, usted debe presentar su solicitud por escrito a MD Partners Oficial de Privacidad, junto con una descripción de la razón de su solicitud. Si estamos de acuerdo con su solicitud, vamos a modificar su registro (s) y le notificará de tal. Tenemos el derecho de negar su solicitud de enmienda. Si rechazamos su solicitud de enmienda, nosotros le proporcionaremos una explicación por escrito de por qué la denegamos la solicitud y para explicarle sus derechos.

Derecho a una Contabilidad de Revelaciones: Usted tiene el derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud realizadas por nosotros a las personas o entidades distintas a usted, de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables. Para solicitar un informe de las divulgaciones de su información de salud, usted debe presentar su solicitud por escrito a MD Partners Oficial de Privacidad. Su solicitud debe indicar un período de tiempo específico para la contabilidad (por ejemplo, los últimos tres meses). La primera contabilidad que usted solicite dentro de un período de doce (12) meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por el costo de proporcionar la lista. Le notificaremos de los costos involucrados, y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

Derecho a la notificación de una violación: Usted recibirá notificaciones de violaciones de su información de salud protegida no asegurada como lo requiere la ley.

Derecho a una copia impresa de este aviso: Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si previamente ha acordado recibir esta notificación electrónicamente. Siempre se puede solicitar una copia por escrito de nuestra versión más actualizada de este Aviso de MD Partners Oficial de Privacidad.

CAMBIO A ESTE AVISO

Debemos cumplir con las disposiciones del presente Aviso como actualmente en vigor, aunque nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y para hacer que el aviso revisado eficaz para toda la información médica que mantenemos. Este aviso contendrá la fecha de vigencia de la última página. En caso de modificar este Aviso, le proveeremos la versión revisada en nuestro sitio web, y nosotros le proporcionaremos una copia de la Notificación que está actualmente vigente, a petición suya.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Puede ponerse en contacto MD Partners en (201) 894-3000 y pida hablar con el Oficial de Privacidad para obtener información adicional relacionada con una queja. No tomaremos ninguna acción de represalia contra usted por presentar una queja.

PERSONA DE CONTACTO

Si usted tiene alguna pregunta o desea más información sobre este Aviso, por favor póngase en contacto MD Partners en el (201) 894-3000 y pida hablar con el Oficial de Privacidad.

Este aviso es el 1 de marzo, 2018, y sustituye a todas las versiones anteriores.