



CARROLL: (502) 732-1082
GALLATIN: (859) 567-1591
OWEN: (502) 484-2117
Salud del Comportamiento (502)
484-2595 Dental Clínica (502)

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede usarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Estamos obligados por ley a mantener información médica privada, para darle este aviso o nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica y para cumplir con los términos de la notificación que está actualmente en efecto. Por favor léala cuidadosamente.

SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho a:

Obtener una copia de su documento o registro médico electrónico

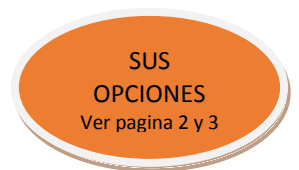
- Correcto tu papel o historia clínica electrónica
- Solicitar comunicación confidencial
- Nos piden limitar la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para
- Archivo de una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados



SUS OPCIONES

Tienes algunas opciones de la manera que utilizamos y compartimos información como:

- Dile a familiares y amigos acerca de su condición
- Proporcionar socorro
- Proporcionar atención de salud mental
- Nuestros servicios de mercado y vender su información
- Recaudar fondos



NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podemos usar y compartir su información como:

- Te tratan
- Funcionamiento de nuestra organización
- Factura por sus servicios
- Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública
- De investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajan con un examinador médico o director de la funeraria
- Dirección de compensación, aplicación de la ley y a otras solicitudes de gobierno
- Responder a demandas y acciones legales



Sus derechos

Cuando se trata de información sobre su salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y nuestras responsabilidades para ayudarle.

Haz una copia de su expediente médico electrónica o en papel

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de información sobre su salud, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable, basado en los costos.

Nos pide corregir su expediente médico

- Usted puede pedir que corrija su información médica sobre usted que usted piensa que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.

Pedir comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o envíe un correo a una dirección diferente. Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitar lo que usar o compartir

- Usted puede pedirnos no para utilizar o compartir cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si usted paga por un servicio o cuidado médico efectivo en su totalidad, usted puede pedirnos no a compartir esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su compañía de seguros de salud. Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obliga a compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Usted puede pedir una lista (contabilidad) de los tiempos que hemos compartido su información médica para seis años antes de la fecha pido, que compartimos con y por qué.
- Se incluyen todas las declaraciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica y ciertas otras Divulgaciones (como cualquier usted nos pidió hacer). Te proporcionamos una contabilidad un año gratis pero cobrará una tarifa razonable, basado en los costos si usted pregunta por otro plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha accedido a recibir el aviso por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia de papel con prontitud.

Elegir a alguien para

- Si le has dado a alguien poder médico, de abogado o si alguien es tu tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Se asegurará de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por usted antes que tomar cualquier acción.

Presentar una queja si usted siente que sus derechos son violados

- Usted puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros usando la información en la página 4.
- Puede presentar una queja con la oficina del Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos por los derechos civiles mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, vocación 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No talionaremos contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para algunos información de salud, usted puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que usted quiere hacer, y vamos a seguir sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción para decirnos que:

- Compartir información con tus familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de alivio de desastre.

Si no eres capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si estás inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.

En estos casos, nosotros nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Con fines de marketing, venta de su información y compartir la mayoría de las notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Nos podremos en contacto contigo para recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no a en contacto con usted.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo normalmente usamos o compartimos su información médica?

Que normalmente utilizamos o compartimos su información médica en las siguientes formas.

Te tratan

- Podemos utilizar su información de salud y compartir con profesionales que te tratan.
Ejemplo: Un médico tratamiento para una lesión pide a otro médico sobre su estado de salud general.

Funcionamiento de nuestra organización

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y en contacto con usted cuando sea necesario.
Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.

Factura por sus servicios

Podemos utilizar y compartir su información médica para la cuenta y pago de los planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted a su plan de seguro de salud por lo que pagará por sus servicios.

¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud?

Estamos permitidos o necesarias para compartir su información de otras maneras – generalmente en formas que contribuyen al bien público, como salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones como:

- Prevención de la enfermedad, recuerda ayudar con producto, informes de reacciones adversas a los medicamentos.
- Reportes de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.

Hacer investigación

- Podemos usar o compartir su información para la investigación en salud.

Cumplir con la ley

- Compartimos información sobre usted si leyes estatales o federales así lo requieran, incluyendo con el Departamento de salud y servicios humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información médica con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajan con un examinador médico o director de la funeraria

- Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director de la funeraria si un individuo muere.

Dirección de compensación, aplicación de la ley y a otras solicitudes de gobierno

Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación.
- Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de la ley.
- Con los organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley.
Para las funciones especiales del gobierno como militares, seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
- Le dejaremos saber inmediatamente si se produce una brecha que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Tenemos que seguir los deberes y prácticas de privacidad describen en este aviso y le dan una copia de la misma.
- No usar o compartir su información que como se describe aquí a menos que usted nos dice que podemos en la escritura. Si usted nos dice que puede, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si usted cambia de opinión.

Para más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible bajo pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia a usted.

Otras instrucciones para la notificación

- **Actualizado: 2019/03/25**
- Toda solicitud por escrito o apelación debe ser enviada a nuestro HIPAA Privacy Officer a Triad Health Systems, Inc., atención HIPAA Privacy Officer, Gallatin County Clínica and District Office, 441 US Hwy 42 West, Warsaw, KY 41095.
- Si tiene preguntas o necesita asistencia adicional con respecto a este aviso, póngase en contacto con el HIPAA Privacy Officer at Triad Health Systems, Inc. en la dirección arriba indicada, (859) 567-1591.
- Que seguirá este aviso: las prácticas de privacidad de este aviso serán seguidas por cualquier profesional médico que atienda en cualquiera de nuestras ubicaciones, todos los departamentos de nuestra organización y asociados de todo empleado, personal y cualquier voluntarios de nuestra organización.
- Nuestra práctica de ponerse en contacto con usted o su representante autorizado para proveer recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de interés para usted. La práctica podría rutinariamente en contacto con los pacientes vía teléfono celular hogar o trabajo, por correo en casa y salvo que lo contrario, pueden dejar mensajes en el buzón de voz apropiado o contestador sobre citas y preguntas de facturación si solicitado en el "acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad" forma y firmado por el paciente y/o tutor/responsable.
- Las solicitudes de registro de todo médico deben ser sometidas a Triad Systems, Inc. con un formulario válido "autorización para la liberación de información confidencial", totalmente completadas y firmadas por el paciente o / o tutor responsable. Prueba válida de la identificación debe proporcionarse en el momento de la firma de la liberación. Si el paciente es menor de edad de 18 años, padres deben mostrar prueba de SSN del niño y proporcionar fecha de nacimiento.