

Nehalem Bay Centro de Salud y Farmacia

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA)

Entiendo que Nehalem Bay Centro de Salud y Farmacia (en adelante "NBHC") usará y divulgará información médica sobre mí.

Entiendo que mi información médica puede incluir información creada y recibida por NBHC y puede encontrarse en el formato de registros escritos o electrónicos o de palabras habladas, puede incluir información sobre mis antecedentes médicos, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, medicamentos recetados y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que NBHC use y divulgue mi información médica para lo siguiente:

- tomar decisiones sobre mi atención y tratamientos, y planificarlos;
- referir a otros proveedores de atención médica y consultarlos, coordinar y realizar controles junto a ellos con respecto a mi atención y tratamientos;
- determinar mi elegibilidad para el plan de salud o la cobertura de seguro, y entregar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otras partes que puedan ser responsables de pagar toda o parte de mi atención médica; y
- desempeñar varias funciones administrativas, comerciales y de consultorio que apoyen los esfuerzos de mi proveedor para proporcionarme, coordinar y reembolsar atención médica de calidad y asequible.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción por escrito sobre cómo NBHC manejará mi información médica. Esta descripción escrita se conoce como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) y detalla la manera de usar y divulgar la información médica y las prácticas de información que cumplen los empleados, el personal y otro personal administrativo de NBHC, así como mis derechos con respecto a mi información médica.

También entiendo que hay una copia de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) publicada en la sala de espera/recepción de NBHC.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que toda o parte de mi información médica no se use ni divulgue de la manera descrita en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y entiendo que las leyes no exigen a NBHC aceptar tales solicitudes.

Al firmar a continuación, confirmo haber revisado y entendido la información detallada anteriormente. Puedo solicitar una copia de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Por:

Fecha:

(Paciente/tutor legal/representante del paciente)