



INFORMACION DE HIPAA Y FORMA DE CONSENTIMIENTO

Yo entiendo que es parte de mi cuidado de salud, la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE a Widener University. Mantiene archivos sobre mi salud como relacionada a mi habla, lengua, audición, y/o habilidades de tragar. Estos archivos describen mi historia de salud, síntomas, exámenes y resultados de los exámenes, diagnósticos, y cualquier plan por cuida y tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Un fundamento por hacienda un plan por mi cuida y tratamiento;
- Una manera de comunicación entre los profesionales de salud en el CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE que contribuyen a mi cuida;
- Una procedencia de información por aplicando mi diagnóstico e información de tratamiento médico a mi cuenta;
- una manera en cual un tercero pagador (por ejemplo, un compañía de seguro) puede verificar que los servicios facturaron estaban proporcionado si decido sumitiruna reclamacion a mi compañía de seguro;
- y una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina dentro de la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE , como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

La Noticia de Practicas de Privacidad proviene una descripción más completa sobre la manera en cual mi información de salud puede ser utilizada o revelada por el CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE a Widener University.

La Noticia de Privacidad también explica mis derechos sobre mi información de salud personal, incluyendo el derecho acesar mis archivos y el derecho solicitar restricciones a como mi información de salud e sutilizada o revelado.

Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar el CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE de cualquier restricción a la revelación de información de mi salud con respecto a este o subsiguiente visitas.

Se me ha proporcionado una *Noticia de Practica de Privacidad* y me ha dado la oportunidad revisar este información. Yo reconozco este por mi firma abajo.

Nombre de Paciente impreso

Fecha

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

NOTICIA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

En acuerdo con la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) que instituyo por el Departamento de Salud y Servicios humanos en el 14 de Abril, 2003, esta noticia describe como información medico sobre ti puede ser utilizado y revelada y como tú puedes acesar esta información. Por favor, revisalo cuidadosamente.

Como podemos utilizar y revelar información de salud sobre usted:

La CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE está comprometido a protegiendo la privacidad de todo información de salud nosotros creamos y mantenemos por resulta de la cuida salud te proporcionamos. Su "información medica protegida" (IMP) incluye información sobre su salud pasado, presente o futura, cuida de salud se proporcionamos y pago por servicios se proporcionamos. El propósito de este noticia es explicar quién, que, cuando, donde y porque su IMP puede ser revelado y ayudarle en haciendo decisiones informada cuando autorizando alguien usar o revelar su IMP. Podemos utilizar y revelar su IMP por los razone siguientes:

Tratamiento

Nosotros podemos utilizar y revelar su IMP proporcionarse con tratamiento y servicios clínicas. Podemos revelar IMP a graduado médicos, supervisores certificado de hable y lengua, facultad académica. Otra personal en la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE quien es involucrado en su cuidado.

Operaciones de Atención medica

Nosotros podemos utilizar y revelar IMP por los propósitos de operaciones de atención médica. Estas usas y revelaciones son necesarias asegurar que todo de nuestros clientes recibe salud de calidad y por propósitos de operación y administración. Por ejemplo, utilizaría IMP revisar el tratamiento y servicios reciben y/o verificar el rendimiento de nuestro empleados en su cuida. Revelaríamos IMP a estudiantes y facultad en el programa de habla y lengua por los propósitos de educación y aprendizaje.

Recordatorios de Citas/Alternativas de Tratamiento/Beneficios y Servicios Sobre Salud

Nosotros podemos utilizar y revelar IMP contactarse con un recordatorio sobre una cita por una evaluación o tratamiento. Nosotros podemos contactarse para informarse sobre la posibilidad de alternativas de tratamiento o beneficios o servicios que le interesan.

Individuos Involucrados en Su Cuida o Pago por Su Cuida

Nosotros podemos revelar IMP a familia u otras personas identificada por usted o quien son involucrado en su cuida o pago de su cuida.

Revelaciones Requeridas por la Ley y Salud Público

Nosotros podemos revelar IMP a requerido por ley, incluyendo oficiales del gobierno prevenir o controlar enfermedades; reporta abuso de niño, adulto o esposo; o reporta reacciones o problemas usado en la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE.

Las Actividades de Supervisión de la Salud

Nosotros podemos revelar IMP a una agencia de vigilancia de salud por actividades autorizado por ley. Estas actividades incluyen pero no se limitan auditorias, investigaciones, inspecciones, acreditación académica, y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarios por el gobierno controlar el sistema de salud, programas gobiernos, y conformidad con leyes de derechos civiles.

Remuneración de los Trabajadores

Nosotros podemos revelar IMP por remuneración de los trabajadores o programas similares.

Pleitos y Disputas

Si usted esta involucrado en un pleito o disputa, podemos revelar IMP en respuesta a una orden administrativa o tribunal. También podemos revelar IMP en respuesta a una citación, descubrimiento solicitud u otra procesa de ley por alguien involucrado en la disputa, pero solo si esfuerzo se han hecho decirle sobre la solicitud u obtener una orden protegiendo la información pedido.

Su Derechas con Respecto a Su información de Salud

Usted tiene las derechas siguientes, sujeto a límites ciertas limitaciones, con respecto al IMP mantenemos y revelamos:

Derechas Inspectar y Copiar

Usted tiene el derecho examinar y copiar IMP que pueden utilizado hacer decisiones obres cuida o pago por su cuida. Nosotros podemos cobrar una cuota por el costo de copiando, enviando por correo u otro suministros asociado con su solicitud.

Derechas Solicitar Enmiendas

Si usted siente que el IMP que tenemos es incorrecto o incompleto, puede pedir que enmendamos la información; aunque, tiene que revelar el razón por su solicitud. Una solicitud escrito por enmiendas tiene que ser sumidito a la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE a la dirección en el principio del documento.

Derecha a Contabilidad de las Divulgaciones

Usted tiene el derecho solicitar una "contabilidad de las divulgaciones" de IMP. Este es una lista de divulgaciones hemos creado por IMP. La lista primera solicita en 12 meses no costar. Para listas adicionales, podemos costarle por la cuesta de proviniendo la lista.

Derecho Solicitar Restricciones

Usted tiene el derecho solicitar una restricción o limitación en el IMP usamos o revelamos para tratamiento, pago u operaciones de salud. También usted tiene el derecho solicitar un límite en el IMP revelamos sobre usted a alguien involucrado en su cuida de salud o el pago de su cuida, por ejemplo, un miembro de su familia o un amigo. No somos requeridos estar de acuerdo con su solicitud. Si nosotros estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que terminamos nuestro acuerdo o la información es requerida proveerle con tratamiento emergencia. Todas peticiones escritas tienen que ser sumidito a la dirección en el principio del documento.

Derecho Solicitar Comunicaciones Confidencial

Tiene el derecho solicitar que se comunicamos sobre su información médica en una manera cierto o en un lugar cierto. Por ejemplo, puede pedir que se contactemos por correo electrónico o solo por teléfono. Su solicitud escrito tiene que especificar como o donde usted quiere ser contactado a la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE a la dirección en este documento. Acomodaremos solicitudes razonables.

Derecho a una Copia de esta Nota

Usted tiene el derecho a una copia de esta nota, aunque ha recibido la nota electrónicamente. Puede solicitar una copia en cualquier momento por contactando la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE a la dirección en este documento.

Actuando Sobre sus Derechos

Para actuar sus derechos en la nota, manda su solicitud escrito a Lauren Liria, nuestro oficial de privacidad, a la dirección en la nota.

Cambios a la Nota

Reservamos el derecho cambiar esta nota. Reservamos el derecho poner en vigor la nota cambiado o revisado por el IMP ya tenemos y a cualquiera información recibimos en el futuro. Mostraremos una copia de la nota en el vestíbulo de la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE. La nota contendrá la fecha de inicio.

Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad ha sido violado, puede documentar su queja con la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para registrar una queja con el CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE, contacta a Lauren Liria, nuestro oficial de privacidad, a la dirección en este documento. Para contactar el Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor visitar www.hhs.gov. Usted no penalizara por registrando una queja.