



## HIPAA CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Antecedentes:** La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) brinda garantías para proteger su privacidad. Esta es una versión "amigable". Un texto más completo está publicado en la clínica. Específicamente, existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su información de salud protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesario para brindarle servicios de oficina. Además, HIPAA brinda ciertos derechos y lo protege a usted como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestros objetivos de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Hay información adicional disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov).

### Polizas

1. La información del paciente se mantendrá confidencial excepto cuando sea necesario para brindar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen de manera adecuada. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros médicos, según sea necesario y apropiado para su atención.
2. Los archivos de los pacientes se almacenan después de las sesiones en archivadores cerrados. Sin embargo, el curso normal de brindar atención significa que dichos registros se dejan temporalmente en áreas administrativas como la oficina principal, la oficina del médico, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean el personal de la oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
3. Esta práctica tiene como objetivo recordar a los clientes sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico de la manera más conveniente para usted. Sin embargo, no es nuestra responsabilidad recordarle las citas, ya que este es un servicio de cortesía que pretendemos brindar. Además, podemos enviarle otras comunicaciones para informarle sobre cambios en la política de la oficina y nuevas tecnologías que podría encontrar valiosas o informativas.
4. La práctica utiliza un especialista en facturación fuera del sitio que puede tener acceso a la PHI pero ha aceptado cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.
5. Usted comprende y acepta inspeccionar la oficina y revisar los documentos, que pueden incluir PHI de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
6. Usted acepta presentar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del administrador de la oficina o de su médico.
7. Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.
8. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
9. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para atender mejor las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
10. Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su PHI y solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para ajustarnos a su solicitud.
11. Las cámaras de vigilancia están presentes en la propiedad por razones de seguridad y se utilizan para mantener la seguridad del personal y los pacientes. Las imágenes de video de las cámaras de seguridad no se utilizarán con fines de evaluación.
12. Ambas partes tienen prohibido cualquier tipo de grabación (ya sea de voz o video) durante las sesiones.

**Este formulario fue completado utilizando lo mejor de mis conocimientos y entendimientos. Continuará siendo mi responsabilidad actualizar a Miracle Counseling and Life Coaching LLC de cualquier cambio futuro.**

Nombre del Paciente

Firma

Fecha

Relación con el Paciente

Firma

Fecha