

Los Doctores y Empleados de la Clínica del Niño, PC quieren que usted sepa como protegemos y mantenemos la confidencialidad de su información médica.

Cuando usted visita nuestra clínica es muy importante para nosotros que usted se sienta en confianza de contarle a su médico toda la información personal que sea valiosa para poder diagnosticar o tratar el problema del paciente. Como profesionales del área médica, por favor tenga la seguridad de que nuestra clínica ha tenido siempre políticas y procedimientos estrictos en orden de proteger la privacidad de la información que usted nos ha transmitido. Sin embargo, a partir del 14 de Abril del 2003, surgieron nuevas regulaciones pautadas por la ley federal llamada HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). Las regulaciones de HIPAA cubren a los doctores, a todos otros servidores dentro del área médica; a las empresas de los seguros médicos y todos los procesos de reclamos llevados a cabo por los empleados. En general, HIPAA se hizo para establecer estándares a nivel nacional para:

- Brindarle a los pacientes más control sobre su información médica.
- Establecer límites entre el uso de su historial médico
- Establecer las normas de seguridad que los doctores, planes de salud y otros proveedores de salud deben tener en el lugar de trabajo para proteger la privacidad de cualquier información médica o de salud.
- Retener a los infractores responsables, con sanciones civiles y penales
- Tratar de balancear las necesidades de privacidad del paciente con los requerimientos de responsabilidad pública que demanda la salud pública.

Las regulaciones de HIPAA exigen que en el momento de su primera visita, le proveamos a todos nuestros pacientes una copia explicando lo que ella significa. Esta describe como la información médica provista por usted puede ser usada por parte de nuestra clínica y sus derechos en relación a como acceder a esta información.

Por favor firme en el espacio de abajo como prueba de que se le ha brindado la oportunidad de revisar y hacer preguntas sobre las practicas de privacidad de HIPAA. Usted esta en todo su derecho de reclamar una copia para revisarla y guardarla como parte de su historial médico.

Gracias por su colaboración.

Yo reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar o recibir una copia de las prácticas de privacidad de la Clínica del Niño y que al mismo tiempo se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del Paciente: _____

Firma del paciente o representante: _____

Fecha: _____

Si usted es un representante, por favor especifique la relación con el paciente:
