



Chesapeake Urology Associates, PA

DECLARACIÓN DE POLIZA DE PRIVACIDAD

Yo comprendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a privacidad con respecto a mi información médica protegida. Yo comprendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planificar, y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en mi tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener pagos de pagadores de tercera .
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Chesapeake Urology Associates (CUA) me ha informado de su Declaración de Poliza de Privacidad, conteniendo una descripción mas completa del uso y divulgaciones de mi información de salud. Me han dado el derecho de repasar tal Declaración de Poliza de Privacidad antes de firmar el consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Declaración de Poliza de Privacidad de tiempo a tiempo y que puedo contactar a esta organización a cualquier momento para obtener una copia de la Declaración de Poliza de Privacidad.

Comprendo que puedo solicitar por escrito que CUA restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago, o operaciones de atención médica. También tengo entendido que CUA no es requerida a estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas. En caso de que CUA acepte, entonces la organización está obligada a cumplir con tales restricciones. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, except en la medida en que CUA haya tomado medidas basadas en este consentimiento.

Hemos elegido participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP), un intercambio de información que sirve Maryland y D.C. Según lo permitido por la ley, su información de salud será compartida a fin de proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de atención y ayudar a los proveedores a tomar decisiones más informadas. Usted puede "opt-out" y deshabilitar el acceso a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de Opt-Out a CRISP por correo, fax o por medio de su sitio web en www.crisphealth.org. La información sobre la salud pública y sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP), seguirá estando disponible para los proveedores.

Por favor, indique los medios para contactar o dejar un mensaje para usted.

TELEFONO DE CASA _____

NUMERO DE CELULAR _____

CORREO ELECTRONICO _____

NUMERO DE TRABAJO _____

Indique Otros que pueden tener acceso a su información médica protegida:

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

_____ Marque aquí si prefiere restricción a todos.

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FIRMA _____

FECHA _____

NOMBRE DEL TESTIGO _____

FIRMA _____

FECHA _____