

CENTRO DE SALUD INTEGRAL JACKSON-HINDS

PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA DESLIZANTES

Parte de ser su socio de atención médica indispensable significa ofrecer un descuento de tarifa móvil amigable para el paciente. JHCHC mantiene un procedimiento estándar para calificar a los pacientes para descuentos de tarifas móviles por los servicios prestados. Los descuentos en las tarifas móviles están disponibles para pacientes con todos los ingresos iguales o inferiores al 200% de las pautas federales de pobreza. Se aplican descuentos en las tarifas móviles a todos los servicios de JHCHC proporcionados directamente y a todos los servicios dentro del alcance. Las oportunidades de asistencia están disponibles para todos los pacientes calificados, independientemente de si tiene seguro. Por favor, complete la solicitud y **ASEGÚRESE DE ADJUNTAR TODA LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA**. Las solicitudes que carezcan de la prueba de ingresos requerida serán anuladas y usted será responsable de cualquier visita posterior en Jackson-Hinds.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fec. De Nac: _____ Num. Seg.Soc: _____

Dirección: _____
(Nombre de la Calle) (Ciudad) (Estado) (Cod. Postal)

POR FAVOR INDIQUE SU ARREGLO DE VIVENDA ACTUAL

- Comprar/Rentar
- Refugio (Para personas sin vivienda) Nombre del Refugio _____
- Hogar Transitorio (Viviendo en un Centro de Rehabilitación) Nombre del Hogar Transitorio _____
- Viviendo con Parientes o Amigos, sin pagar renta
- Sin Hogar

ENUMERE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

NOMBRE	RELACION CON EL PACIENTE	EDAD	INGRESOS Favor de circular uno: Semanal, Quincenal, Mensual, Anual	FUENTE DE INGRESOS Trabajo, Seg. Soc, Beneficios SNAP/EBT, etc.
	Paciente			
Annual Ingreso Total del Hogar				

**** TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA MAYORES DE 21 AÑOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE DEBEN PRESENTAR INGRESOS O UNA CARTA NOTARIADA QUE INDIQUE QUE NO TIENE INGRESOS Y VIVE CON USTED DE FORMA GRATUITA ***

Por favor, lea atentamente antes de firmar: Por la presente certifico que he examinado el contenido de este formulario y, a mi leal saber y entender, dicho contenido es una declaración verdadera y correcta de los ingresos y el tamaño de mi familia. Además, entiendo que debo proporcionar esta información al menos una vez al año para recibir un descuento de tarifa móvil por los servicios. Entiendo que si estoy solicitando asistencia financiera y no tengo ninguna fuente de ingresos o no tengo prueba de ingresos conmigo hoy, Jackson-Hinds descontará mis servicios solo para la visita de hoy. Sin embargo, seré totalmente responsable de cualquier visita posterior en Jackson-Hinds, si no traigo prueba de ingresos. Entiendo que ciertos pagos pueden ser requeridos en el momento de, o antes de, los servicios que se proporcionan. También entiendo que se me facturará cualquier cargo no pagado por mi aseguradora, y seré responsable de pagarlos. Cualquier declaración falsa, documento u ocultación de un hecho material me descalificará para recibir descuentos de tarifas móviles.

Firma/ Firma Electrónica del Paciente o Tutor Legal

Fecha

Solo Para Uso De Oficina: _____ Certificación Parcial (una visita por año calendario) O _____ Tarifa Móvil Completa (Anual)

CENTRO DE SALUD INTEGRAL JACKSON-HINDS
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN: Yo, el abajo firmante, para mí o un hijo menor de edad u otra persona para quien tengo autoridad para firmar, después de haberme registrado en el Centro de Salud Integral Jackson-Hinds (JHCHC) con el propósito de obtener servicios de salud, por la presente doy mi consentimiento voluntario para dicho servicio de diagnóstico y tratamiento, según lo ordenado por un proveedor, dentista u otro proveedor de atención médica calificado de JHCHC. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todos los servicios médicos prestados bajo las instrucciones generales o específicas de un proveedor; incluido el tratamiento por parte de un proveedor de nivel medio (enfermera practicante o asistente médico) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas bajo la dirección de un médico, según se considere razonable y necesario. Reconozco que tengo el derecho de rechazar cualquier servicio específico de diagnóstico o tratamiento sin poner en peligro mi derecho a recibir servicios en el centro de salud. También reconozco que se me pedirá que firme un consentimiento específico, según sea necesario, para procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos especiales, incluida la anestesia local general y / o extensa. Reconozco que, de acuerdo con las leyes del Estado de Mississippi, no se requiere el consentimiento de los padres en el caso de un menor que busca tratamiento para una infección de transmisión sexual o una mujer, independientemente de su edad o estado civil, que busca servicios de diagnóstico o tratamiento en relación con el embarazo o el parto. Estoy de acuerdo y reconozco que JHCHC no es responsable de las acciones u omisiones de, o las instrucciones dadas por el médico, dentista u otro proveedor de atención médica calificado de JHCHC. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes en las instalaciones de JHCHC. Además, autorizo al centro de salud a proporcionar la información solicitada del paciente a las entidades legales, de salud, sociales y gubernamentales necesarias, según sea necesario.

ASISTENCIA FUERA DE HORARIO: Para asistencia fuera del horario de atención, llame al (601) 362-5321. Un representante de guardia estará disponible para ayudarlo.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE JHCHC: Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de JHCHC, que describe cómo se puede usar y divulgar información medial sobre mí y cómo puedo obtener acceso a esta información.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Entiendo que JHCHC usará y divulgará mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo, reconozco y doy mi consentimiento para la divulgación de mi información personal de salud para los fines descritos en esta sección, como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad que se me ha ofrecido, y según lo permita la ley. Entiendo y reconozco que JHCHC puede registrar información médica y de otro tipo relacionada con mi tratamiento en papel, electrónica, fotográfica, video y otros formatos y que dicha información se utilizará en el curso de mi tratamiento, con fines de pago y para respaldar las operaciones de atención médica. Doy mi consentimiento para que mis médicos tratantes y otros proveedores de atención médica intercambien información con otros profesionales y proveedores de atención médica sobre mis condiciones de salud anteriores y actuales para facilitar el tratamiento. Entiendo que la telemedicina (definida como el uso de información médica intercambiada de un sitio a otro a través de comunicaciones electrónicas para la salud del paciente, incluidos los servicios de consulta, diagnóstico y tratamiento) puede emplearse para facilitar mi atención médica. Toda transmisión electrónica de datos estará restringida a destinatarios autorizados de conformidad con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPPA) y las leyes de privacidad estatales aplicables.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Entiendo que tengo el derecho y la responsabilidad de participar en mi cuidado y tratamiento. Entiendo que tengo derecho a ser informado sobre el tratamiento que se recomienda, y la responsabilidad de hacer preguntas si no lo entiendo. Estoy de acuerdo en proporcionar información precisa y completa sobre mi historial de salud y presentar una queja, acordar un plan de tratamiento y seguir ese plan. Acepto participar y cooperar en mi propio cuidado y tratamiento. Entiendo que mis proveedores de atención médica me tratarán con respeto, y estoy de acuerdo en hacer lo mismo por ellos. Se puede encontrar más información en el folleto Derechos y responsabilidades del paciente, que me han ofrecido.

RESPONSABILIDAD DE PAGO: En consideración a los servicios que me brinda JHCHC, acepto pagar a los profesionales de JHCHC involucrados en mi cuidado por todos los servicios y suministros que me brinden. Si el seguro de salud privado, Medicare, Medicaid, otros programas de seguro gubernamentales u otros cubren mi tratamiento, autorizo a JHCHC a facturar a dicha aseguradora por todos los cargos incurridos por mí en relación con mi diagnóstico, atención y tratamiento. Mi cobertura de seguro puede estipular que cierta cantidad de la factura seguirá siendo mi responsabilidad personal, como mi deducible, copago, coseguro o cargos no cubiertos por mi seguro de salud, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa para el que sea elegible. Entiendo que ciertos pagos pueden ser requeridos en el momento de, o antes de, los servicios que se proporcionan. También entiendo que se me facturará cualquier cargo no pagado por mi aseguradora, y seré responsable de pagarlos.

CERTIFICACIÓN DE PACIENTES HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTO PLENAMENTE: El Consentimiento General para el Diagnóstico y Tratamiento anterior. Este consentimiento entrará en vigencia en la fecha de mi firma / firma electrónica y permanecerá vigente mientras el paciente mencionado anteriormente utilice los servicios de JHCHC, a menos que se revoque por escrito y se envíe a JHCHC. Por la presente firmo mi firma / firma electrónica a continuación como mi acto libre y voluntario.

Firma/ Firma Electrónica del paciente o Tutor Legal

Relación con el Paciente

Fecha

CENTRO DE SALUD INTEGRAL JACKSON-HINDS
CONSENTIMIENTO PARA LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

La Prescripción Electrónica se define como la capacidad de un médico para enviar electrónicamente recetas sin errores, precisas y comprensibles directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente. La prescripción electrónica reduce en gran medida los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 enumeró los estándares que deben incluirse en un programa de prescripción electrónica.

Estos incluyen:

- Formulario y transacciones de beneficios - Le da al prescriptor información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- Transacciones del historial de medicamentos - Proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar el número de eventos adversos de medicamentos.
- Notificación de estado de llenado - Permite que el prescriptor reciba un aviso electrónico de la farmacia que le indica si la receta del paciente ha sido recogida, no recogida o parcialmente surtida.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que Jackson-Hinds Comprehensive Health Center puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o pagadores de beneficios de farmacia de terceros para fines de tratamiento.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado al Centro de Salud Integral Jackson-Hinds para inscribirme en el Programa de prescripción electrónica. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

FARMACIA PREFERIDA

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Teléfono: _____

CERTIFICACIÓN DE PACIENTES HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTO PLENAMENTE: El consentimiento anterior para la prescripción electrónica. Este consentimiento entrará en vigencia en la fecha de mi firma / firma electrónica y permanecerá vigente mientras el paciente mencionado anteriormente utilice los servicios de JHCHC, a menos que se revoque por escrito y se envíe a JHCHC. Por la presente firmo mi firma / firma electrónica a continuación como mi acto libre y voluntario.

Nombre Del Paciente _____

Fec. De Nac. Del Paciente _____

Firma/Firma Electrónica del Paciente o Tutor Legal

Relación con el Paciente

Fecha

ASOCIACIÓN DE MEJORAMIENTO CÍVICO DE MISSISSIPPI CENTRAL, INC.
D/b/a CENTRO DE SALUD INTEGRAL JACKSON-HINDS
AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Una regulación federal, conocida como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Regla de Privacidad de HIPAA), requiere que todos los registros médicos y la información de salud de identificación individual utilizada o divulgada por Jackson-Hinds Comprehensive Health Center (JHCHC) en cualquier forma, ya sea electrónicamente, por escrito u oralmente, se mantengan confidenciales. La Regla de Privacidad de HIPAA le otorga a usted, el paciente, el derecho de comprender y controlar cómo se usa, recopila y almacena su información de salud en un registro médico. JHCHC es la organización matriz de 11 centros de salud y 27 centros de base escolar. Este es su registro médico; que es propiedad de JHCHC, pero la información en los registros médicos le pertenece a usted. Sus registros son un requisito para que abordemos muchas cosas específicas en este aviso.

NUESTRO COMPROMISO DE PROTEGER SU INFORMACIÓN DE SALUD

En este aviso, JHCHC describe las formas en que JHCHC puede usar y divulgar información médica sobre nuestros pacientes. La Regla de Privacidad de HIPAA requiere que JHCHC proteja la privacidad de la información de salud que identifica a un paciente o que puede usarse para identificar a un paciente. Esta información se llama "Información de salud protegida" o "PHI". Este aviso describe sus derechos como nuestro paciente y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de la PHI. JHCHC está obligado por ley a:

- Mantener la privacidad y seguridad de la PHI sobre usted.
- Darle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI.
- Cumplir con los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad que está actualmente vigente.

JHCHC está obligado a cumplir con los términos de este aviso, que JHCHC puede cambiar de vez en cuando. Cualquier nuevo aviso será efectivo para toda la PHI que JHCHC mantenga en ese momento. JHCHC también le proporcionará una copia del aviso revisado a su solicitud.

CÓMO JHCHC PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SOBRE USTED

Para usos y divulgaciones relacionados con tratamiento, pago u operaciones de atención médica, JHCHC no necesita una autorización para usar y divulgar su información médica y de salud conductual.

Tratamiento: JHCHC puede usar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y servicios relacionados. JHCHC puede consultar con otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y coordinar y administrar su atención médica con otros. Por ejemplo, JHCHC puede usar y divulgar su PHI cuando necesite una receta, análisis de laboratorio, una radiografía u otros servicios de atención médica. Además, JHCHC puede usar y divulgar su PHI cuando lo remite a otro proveedor de atención médica para que el proveedor de atención médica tenga la información necesaria para tratarlo.

Pago: JHCHC puede usar y divulgar su PHI para que JHCHC pueda facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que se le brindan. Antes de proporcionar tratamiento o servicios, JHCHC puede compartir detalles con su plan de salud con respecto a los servicios que está programado para recibir. Por ejemplo, JHCHC puede solicitar la aprobación de pago de su plan de salud antes de que JHCHC brinde atención o servicios. JHCHC puede usar y divulgar su PHI para averiguar si su plan de salud cubrirá el costo de la atención y los servicios que brinda JHCHC. JHCHC puede usar y divulgar su PHI para confirmar que usted está recibiendo la cantidad adecuada de atención para obtener el pago de los servicios. JHCHC puede usar y divulgar su PHI para actividades de facturación, gestión de reclamos y cobranza. JHCHC puede divulgar su PHI a compañías de seguros que le brindan cobertura adicional. JHCHC puede divulgar PHI limitada a agencias de informes del consumidor relacionadas con el cobro de pagos que se nos deben. JHCHC también puede divulgar su PHI a otro proveedor de atención médica o a una compañía o plan de salud que deba cumplir con la Regla de privacidad de HIPAA para las actividades de pago de ese proveedor de atención médica, compañía o plan de salud. Por ejemplo, JHCHC puede permitir que una compañía de seguros de salud revise la PHI de las actividades de la compañía de seguros para determinar los beneficios de seguro que se pagarán por su atención.

Operaciones de atención médica: JHCHC puede usar y divulgar su PHI en la realización de actividades comerciales que se denominan operaciones de atención médica (es decir, una Organización de atención responsable). Las operaciones de atención médica incluyen hacer cosas que nos permitan mejorar la calidad de la atención que brinda JHCHC y reducir los costos de atención médica. Puede optar por no participar.

Requerido por la ley: JHCHC puede usar y divulgar PHI según lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Cualquier divulgación cumple con la ley y se limita a los requisitos de la ley.

Actividades de salud pública: JHCHC puede usar o divulgar PHI a las autoridades de salud pública u otras personas autorizadas para llevar a cabo ciertas actividades relacionadas con la salud pública. Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Para reportar enfermedades, lesiones, nacimientos o muertes. Para denunciar el abuso o negligencia infantil. Para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos regulados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos u otras actividades relacionadas con la calidad, seguridad o efectividad de productos o actividades regulados por la FDA. Para localizar y notificar a las personas sobre retiros de productos que puedan estar utilizando. Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad transmisible para controlar quién puede estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad. Para informar a su empleador, bajo circunstancias limitadas, información relacionada principalmente con lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo, o vigilancia médica en el lugar de trabajo.

Abuso, negligencia o violencia doméstica: JHCHC puede divulgar su PHI en ciertos casos a las autoridades gubernamentales correspondientes si JHCHC cree razonablemente que un paciente ha sido víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia.

Actividades de supervisión de la salud: JHCHC puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión que incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y actividades disciplinarias realizadas por agencias de supervisión de la salud.

Demandas y otros procedimientos legales: JHCHC puede usar o divulgar PHI cuando así lo requiera una orden judicial o administrativa. JHCHC también puede divulgar su PHI en respuesta a citaciones, solicitudes de descubrimiento u otros procesos legales requeridos.

Aplicación de la ley: Bajo ciertas condiciones, JHCHC puede divulgar PHI a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Estos propósitos de aplicación de la ley incluyen: Solicitudes limitadas para fines de identificación y ubicación; Procesos legales requeridos por la ley; Sospecha de que la muerte ha ocurrido como resultado de una conducta criminal; En el caso de que ocurra un delito en las instalaciones de la práctica; Perteneciente a las víctimas de un delito; y en respuesta a una emergencia médica que no ocurra en la oficina, donde es probable que haya ocurrido un delito.

Médicos forenses y examinadores médicos: JHCHC puede divulgar su PHI a un forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida y determinar la causa de la muerte.

Donación de órganos y tejidos: Si usted es donante de órganos, JHCHC puede usar o divulgar PHI a organizaciones que ayudan a obtener, localizar y trasplantar órganos para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Investigación: JHCHC puede usar y divulgar su PHI con fines de investigación bajo ciertas circunstancias limitadas. JHCHC debe obtener una autorización por escrito para usar y divulgar su PHI con fines de investigación, excepto en situaciones en las que un proyecto de investigación cumpla con criterios específicos y detallados establecidos por la Regla de privacidad de HIPAA.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad: JHCHC puede usar o divulgar su PHI en circunstancias limitadas cuando sea necesario para prevenir una amenaza a la salud o seguridad de una persona o al público. Esta divulgación solo se puede hacer a una persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza. Funciones gubernamentales especializadas: Bajo ciertas circunstancias, JHCHC puede divulgar PHI. Para ciertas actividades militares y de veteranos, incluida la determinación de la elegibilidad para los beneficios de veteranos y cuando las autoridades de comando militar lo consideren necesario.

Para actividades de seguridad nacional e inteligencia. Para ayudar a proporcionar servicios de protección para el presidente y otros. Para la salud o la seguridad de los reclusos y otras personas en las instituciones correccionales.

Divulgaciones requeridas por la Regla de Privacidad de HIPAA: JHCHC debe divulgar PHI al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario lo solicite para revisar nuestro cumplimiento con la Regla de Privacidad de HIPAA. En ciertos casos, JHCHC también está obligada a revelar su PHI cuando lo solicite acceder a la PHI o para rendir cuentas de ciertas divulgaciones de PHI sobre usted.

Compensación de trabajadores: JHCHC puede divulgar PHI según lo autorizado por las leyes de compensación para trabajadores u otros programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Difuntos: En caso de muerte del paciente, JHCHC puede hacer divulgaciones relevantes a la familia y amigos del fallecido bajo esencialmente las mismas circunstancias, tales divulgaciones que JHCHC está permitida cuando el paciente estaba vivo; es decir, cuando estas personas estaban involucradas en la prestación de atención o el pago de la atención a menos que el difunto hubiera expresado una preferencia contraria.

Vacunas infantiles: JHCHC puede divulgar las vacunas a las escuelas requeridas para obtener prueba de inmunización antes de admitir al estudiante, siempre y cuando los médicos tengan y documenten el "acuerdo informal" del paciente o representante legal del paciente para la divulgación.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Todos los demás usos y divulgaciones de PHI sobre usted solo se realizarán con su autorización por escrito. Si nos ha autorizado a usar o divulgar su PHI, puede revocar su autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que JHCHC haya actuado en base a la autorización. Usted entiende que JHCHC no puede retirar ninguna divulgación que JHCHC ya haya hecho con su permiso, y que JHCHC está obligada a conservar nuestros registros de la atención que JHCHC le brindó.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SOBRE USTED

Según la ley federal, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre la PHI que JHCHC puede usar para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También puede solicitar restricciones adicionales sobre nuestra divulgación de PHI a ciertas personas involucradas en su atención que de otro modo están permitidas por la Regla de privacidad. JHCHC no está obligado a aceptar su solicitud. Si JHCHC está de acuerdo con su solicitud, JHCHC está obligado a cumplir con nuestro acuerdo, excepto en ciertos casos, incluso cuando la información es necesaria para tratarlo en caso de una emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento. En su solicitud, incluya (1) la información que desea restringir (2) cómo desea restringir la información y (3) a quién desea que se apliquen esas restricciones. También tiene derecho a solicitar que no se divulgue cualquier servicio realizado que haya sido pagado en su totalidad por usted y no facturado a su compañía de seguros; esta solicitud debe hacerse por escrito. Por ejemplo, para los servicios que solicita que no se presente ningún reclamo de seguro y por los cuales paga en privado, tiene derecho a restringir las divulgaciones de estos servicios por los que pagó de su bolsillo.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales: Tiene derecho a solicitar que reciba comunicaciones relacionadas con la PHI de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que JHCHC se comunique con usted en casa, en lugar de en el trabajo. Debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento. Debe especificar cómo le gustaría que nos pusiéramos en contacto con usted (por ejemplo, por correo ordinario a su apartado de correos y no a su domicilio). Se requiere que JHCHC acomode las solicitudes razonables acordadas.

Derecho de acceso, inspección y copia: Tiene derecho a solicitar la oportunidad de acceder, inspeccionar y recibir una copia de su PHI en ciertos registros que JHCHC mantiene. Esto incluye sus registros médicos y de facturación, pero no incluye ninguna nota de psicoterapia o información recopilada o preparada para un procedimiento civil, penal o administrativo. JHCHC puede denegar su solicitud de acceso, inspección y copia de PHI solo en circunstancias limitadas. Si JHCHC niega su acceso, JHCHC le dará razones por escrito para la denegación y le explicará cualquier derecho a que se revise la denegación. Comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento si tiene preguntas sobre el acceso a su registro médico. Si solicita una copia de su PHI, JHCHC puede cobrarle una tarifa razonable por la copia, la mano de obra de franqueo y los suministros utilizados para cumplir con su solicitud.

Derecho a enmendar: Usted tiene derecho a solicitar que JHCHC modifique su PHI siempre y cuando dicha información sea mantenida por o para nuestra oficina. Para realizar este tipo de solicitud debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento. También debe darnos una razón para su solicitud. JHCHC puede denegar su solicitud en ciertos casos.

Derecho a recibir un informe de divulgaciones: Usted tiene derecho a solicitar una "contabilidad" de ciertas divulgaciones que JHCHC ha hecho de PHI sobre usted. Esta es una lista de divulgaciones hechas por nosotros que no sean divulgaciones hechas para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene derecho a recibir información específica sobre estas divulgaciones que ocurrieron después del 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita, pero JHCHC puede cobrarle por nuestros costos razonables de proporcionar listas adicionales en el mismo período de 12 meses. JHCHC le informará sobre estos costos, y usted puede optar por cancelar su solicitud en cualquier momento antes de que se incurra en costos. En algunas circunstancias limitadas, usted tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud que JHCHC ha hecho durante los seis años anteriores. La lista no incluirá las divulgaciones hechas a usted; para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, para los cuales firmó una autorización o por otras razones por las cuales JHCHC no está obligado a mantener un registro de divulgaciones. No habrá ningún cargo por hasta una lista de este tipo cada año. Puede haber un cargo por solicitudes más frecuentes.

Derecho a una copia impresa de este aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso.

Derecho a proporcionar una dirección alternativa: Tiene derecho a solicitar que JHCHC le envíe información a una dirección alternativa o por medios alternativos. JHCHC considerará su solicitud, pero no está legalmente obligado a aceptar la restricción. JHCHC aceptará su solicitud siempre y cuando sea razonablemente fácil para nosotros hacerlo.

Derecho a notificación: En el caso de una divulgación o acceso no autorizado a su PHI, JHCHC se comunicará con usted de inmediato según lo exija la ley.

QUEJAS: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros y / o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. JHCHC no tomará ninguna medida de represalia contra usted por presentar una queja. JHCHC apoya su derecho a la privacidad de su información de salud. Si tiene preguntas sobre este Aviso o cualquier queja sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento por teléfono o por escrito de la siguiente manera: Atención: Director de Cumplimiento; Centro de Salud Integral Jackson-Hinds; 3502 West Northside Drive; Jackson, Misisipi 39213; Teléfono: 601-362-5321.

CERTIFICACIÓN DE PACIENTES HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTO PLENAMENTE el Aviso de prácticas de privacidad anterior. Este acuse de recibo entrará en vigencia a partir de la fecha de mi firma / firma electrónica y permanecerá vigente mientras el paciente mencionado anteriormente utilice los servicios de JHCHC, a menos que se revoque por escrito y se envíe a JHCHC. Por la presente firmo mi firma / firma electrónica a continuación como mi acto libre y voluntario.

Firma/ Firma Electrónica del Paciente o Tutor Legal

Relación con el paciente

Fecha