



**AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR DE USO Y REVELACION DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**Autorización de uso / Revelación de información:** Consiento voluntariamente a autorizar, Legacy Heart Care, LLC, para usar o revelar mi información de salud durante el término de esta Autorización a los destinatario (s) que he identificado a continuación.

Información para ser utilizada o revelada:

<input type="checkbox"/> Notas de Progreso <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Prueba de Estrés <input type="checkbox"/> Informes Operativos <input type="checkbox"/> Resumen de Admisión <input type="checkbox"/> Pruebas de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Hoja de Medicamentos <input type="checkbox"/> Ecocardiograma <input type="checkbox"/> Cateterización Cardiaca <input type="checkbox"/> Historia y Física <input type="checkbox"/> Resumen de Alta <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--

Personas autorizadas para usar o revelar información:

<input type="checkbox"/> Cardiólogo: _____ <input type="checkbox"/> Médico de Atención Primaria: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
---

Personas a quienes se les puede revelar información:

<b>Legacy Heart Care of South Austin</b> <b>1807 W. Slaughter Lane, Suite 485, Austin, Texas 78748</b> <b>Teléfono: 512.297.2100 Fax: 800.638.6841</b>
--

**Fecha de Vencimiento de la Autorización**

Esta autorización es válida por un año después de la fecha en que la firme a menos que ingrese una fecha diferente ovencimiento aquí: \_\_\_\_\_, a menos que sea revocado o terminado por el paciente o su representantes personales.

**Derecho a Cancelar o Revocar la Autorización**Para revocar o terminar esta autorización presente una revocación por escrito a Legacy Heart Care,LLC.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

### Formulario de Revelación de Información Médica

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#### Forma de liberación

Autorizo la liberación de información que incluye el diagnóstico y los registros; examen rendido a mí e información de reclamos. Esta información puede ser liberada a :

Esposo (a) \_\_\_\_\_

Hijo (s) \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

La información no debe ser revelada a nadie.

Esta **revelación de información** permanecerá en efecto **hasta que la termine yo por escrito.**

#### Mensajes

Por favor llamar:  Mi Hogar \_\_\_\_\_

Mi trabajo \_\_\_\_\_

Mi celular \_\_\_\_\_

Si no puede comunicarse conmigo:

puede dejar un mensaje detallado

por favor dejar un mensaje pidiéndome que devuelva su llamada

\_\_\_\_\_



Nombramiento De Representante

Nombre del proveedor: Legacy Heart Care of South Austin, LLC.

1807 W. Slaughter Lane, Ste 485 Austin, TX 78748

ID fiscal del proveedor: 82-2671168

NPI del proveedor: 1346768892

Nombramiento de un Representante: Designo a este individuo, \_\_\_\_\_, para actuar como mi representante en relación con mi reclamo o derecho afirmado bajo el título XVIII de la Social Ley de Seguridad (la "Ley") y disposiciones relacionadas del título XI de la Ley. Autorizo a esta persona a hacer cualquier solicitud; presentar o obtener evidencia; para obtener información de apelaciones; y para recibir cualquier aviso en conexión con mi apelación, totalmente en mi lugar. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación puede ser revelada al representante indicado arriba.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte que busca representación (paciente)

Aceptación del Representante: Yo, \_\_\_\_\_, acepto la siguiente cita. Certifico que no he sido descalificado, suspendido o prohibido ejercer antes del Departamento de Salud y Servicios Humanos; que no soy empleado actual o anterior de los Estados Unidos, que no estoy descalificado para actuar como representante y que reconozco que cualquier tarifa puede estar sujeta para revisión y aprobación por el Secretario.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante designado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fax



**Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento  
(HIPAA)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, usted reconoce que le hemos proporcionado nuestro Aviso de prácticas de privacidad que explica cómo se puede manejar nuestra información de salud en diversas situaciones, incluido su tratamiento, el pago de su factura y nuestras operaciones de atención médica.

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o representante legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del Representante Legal

*Solo Uso de Oficina*

Para completar solo si el reconocimiento de recibo no está firmado.

1. El paciente tiene una copia del aviso de privacidad? Si o No
2. Si respondió "No" arriba, explique por qué el paciente no firmó el formulario de reconocimiento y los esfuerzos de Legacy Heart Care, LLC para tratar de obtener la firma de los pacientes:

- Representante individual o personal eligió no firmar
- Representante individual o personal no respondió después de más de **un** intento
- Paciente incapaz de comprender
- Barrera de comunicación del paciente
- Otro: \_\_\_\_\_

Completado por:

\_\_\_\_\_  
Representante de Legacy Heart Care

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONECTESE CON NOSOTROS EN LINEA

a través de cualquiera de sus canales de medios sociales favoritos



[legacyheartcare.com](http://legacyheartcare.com)



[facebook.com/legacyheartcare](https://facebook.com/legacyheartcare)



[linkedin.com](https://linkedin.com)  
Legacy Heart Care



[pinterest.com/legacyheartcare](https://pinterest.com/legacyheartcare)



[twitter.com/legacyheartcare](https://twitter.com/legacyheartcare)



[plus.google.com](https://plus.google.com)  
Legacy Heart Care



[youtube.com/legacyheartcare](https://youtube.com/legacyheartcare)

Este aviso toma efecto el 1 de Julio de 2017 y permanecerá en efecto hasta que lo reemplacemos.

## **NUUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerlo. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y compartir su información médica. También describe sus derechos y ciertos deberes que tenemos con respecto al uso y revelación de información médica. Queremos que entienda lo que está en su información médica y cómo se puede compartir esta información con otros para que pueda hacer decisiones informadas cuando autoriza la publicación de sus registros médicos.

## **ENTENDIENDO SU REGISTRO MÉDICO**

Cada vez que visite Legacy Heart Care, LLC, se realiza un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, junto con el examen del médico / enfermera, el diagnóstico y el plan de tratamiento. Cualquier prueba que se pueda hacer será incluido junto con los resultados de la prueba. Esta información a menudo se conoce como su registro médico o su información de salud protegida. Esta información se utiliza en una variedad de formas:

1. Es la base para planificar su cuidado y tratamiento.
2. Es un medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a su cuidado.
3. Es un documento legal que describe el cuidado que recibió.
4. Es el medio por el cual usted o un tercero pueden verificar los servicios facturados realmente fueron provistos.
5. Es una herramienta que puede usarse para entrenar otros profesionales de la salud.
6. Es una fuente de datos que puede usarse para investigación médica.
7. Es una fuente de información para los funcionarios de salud pública que supervisan la prestación de atención médica en los Estados Unidos.
8. Es una fuente de datos que puede usarse para planificar el crecimiento de esta práctica.
9. Es una fuente de información que se puede utilizar para evaluar la calidad de nuestro trabajo y mejorar la atención que brindamos a los pacientes.

## **NUUESTRO DEBER LEGAL**

La ley nos requiere que:

1. Mantenga su información médica privada.
2. Darle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y los pasos que tomamos para asegurar la privacidad de su información médica.
3. Siga los términos del aviso que está actualmente en efecto.

Tenemos derecho a:

1. Cambiar los procedimientos en este aviso en cualquier momento, siempre que los cambios estén permitidos por la ley. Deberíamos hacerlo, nosotros le enviaremos un aviso revisado.
2. Hacer los cambios en el aviso vigentes para toda la información médica que guardemos, incluyendo la información previa creada o recibida antes de la fecha de efecto.

## **USO Y REVELACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

No usaremos ni compartiremos su información de salud sin su permiso, excepto como se describe a continuación.

**Tratamiento:** Usaremos su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento de sus problemas diagnosticados.

Por ejemplo, la información escrita por la enfermera puede ser utilizada por el médico para determinar un plan de tratamiento. Si las pruebas son necesarios para determinar el diagnóstico correcto, la información se puede compartir con un centro de pruebas, un técnico de pruebas o otro médico con el propósito de una evaluación adicional, así como la facturación. Si se necesita medicación con receta, la información será compartida con la farmacia de su elección. Si se necesita equipo médico, la información puede ser compartida con el producto distribuidor de equipos médicos de su elección. Si se necesita un tratamiento más especializado, registros relacionados con sus exámenes y el tratamiento se enviará al especialista, al asilo de ancianos u a otro centro de atención médica para ayudar en el diagnóstico posterior, y facturación.

**Pago:** Utilizaremos su información de salud protegida para recibir el pago de nuestros servicios.

Por ejemplo, para facturarle a Medicare o a cualquier otra compañía de seguros que pague por su tratamiento, debemos enviar una factura que lo identifica a usted, su diagnóstico y los servicios que se le brindan. Como resultado, pasaremos este tipo de información de salud a una aseguradora para ayudar a recibir el pago de sus facturas.

**Operaciones de Atención Médica:** Utilizaremos su información de salud protegida para completar las operaciones de rutina en esta práctica médica.

Por ejemplo, su información de salud protegida puede usarse o compararse con otros pacientes con diagnósticos similares en un esfuerzo para mejorar continuamente la calidad y efectividad del servicio que brindamos. Además, porque esta es una pequeña oficina cada empleado ha sido entrenado para completar múltiples tareas fuera de sus tareas laborales específicas para que la oficina funcione sin problemas incluso si alguien está enfermo. Como resultado, cada empleado (el médico, la enfermera, la recepcionista y la Gerente de la oficina ) puede tener acceso a su información de salud protegida en un momento u otro con el fin de llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

**Asociado Comercial:** Podemos utilizar contratos con socios comerciales para una variedad de servicios necesarios para mantener una práctica. En el proceso de llevar a cabo sus deberes contratados, estos asociados pueden tener acceso a su información de salud protegida . Por ejemplo, toda la información médica se almacena en una base de datos informática, y nuestro software informático es compatible con un software empresa de soporte, que tiene acceso de marcado para fines específicos y contratados. Además, esta oficina se inspecciona rutinariamente y auditado por compañías tales como proveedores de seguros, el departamento de bomberos local y OSHA. También utilizamos contadores, consultores y abogados. Para su protección, cada compañía / persona que tiene acceso a cualquier parte de información de su salud protegida firmará un Acuerdo de Socio Comercial que detalla la naturaleza confidencial de nuestros registros y sus responsabilidad de mantener la confidencialidad.

**Recordatorios de Citas:** Podemos usar o revelar su PHI para comunicarnos con usted y recordarle de una próxima cita.

**Notificación:** Podemos utilizar recordatorios telefónicos para citas con nuestra oficina, así como citas que están programadas con proveedores de consultoría. También podemos utilizar el contacto telefónico para proporcionarle resultados de laboratorio y otros resultados de pruebas. Si nosotros no podemos comunicarnos con usted o un miembro de su familia con los números provistos, dejaremos un mensaje en el contestador automático o llamaremos al número de contacto de emergencia.

**Comunicación con la familia:** No revelaremos su información de salud protegida a los miembros de la familia sin su aprobación. Si usted ha dado su aprobación, los profesionales de la salud utilizarán su mejor criterio con respecto a qué información es relevante para la participación de la persona en el tratamiento o en el pago relacionado con su atención.

**Investigación:** Podemos revelar información a los investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su información de salud protegida.

**Comercialización:** Podemos ponernos en contacto con usted para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que pueden ser de su interés.

**Administración de Alimentos y Medicamentos:** Podemos revelar a la FDA información de salud relativa a eventos adversos con respecto a los alimentos, suplementos, defectos de productos y productos, o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir retiros de productos, reparaciones o reemplazo.

**Compensación Laboral:** Podemos compartir información médica en la medida autorizada por y en la medida necesaria para cumplir con leyes relacionadas con la compensación a los trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

**Salud Pública:** Según lo exija la ley, podemos compartir su información de salud con autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

**Institución correccional:** Si usted es un interno de una institución correccional, podemos compartir con la institución o agentes información de salud necesaria para su salud y la salud y seguridad de otras personas

**Aplicación de la Ley:** Podemos compartir información de salud con fines policiales según lo exige la ley o en respuesta a una solicitud de citación válida.

**Informes:** La ley federal nos exige que revelemos su información de salud protegida a una agencia de supervisión de la salud apropiada pública, autoridad o abogado de salud, siempre que un miembro de la fuerza de trabajo o un socio comercial crea de buena fe que tenemos involucrados en conductas ilegales o que hayan violado las normas profesionales o clínicas y puedan poner en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o el público.

**Escuelas:** En su solicitud verbal, revelaremos información a la escuela identificada con respecto a la fecha y hora de las visitas al consultorio para aviso de ausentismo escolar.

**Empleadores:** En su solicitud verbal, revelaremos información al empleador identificado con respecto a la fecha y hora de las visitas para ausencia de visitas por trabajo, así como el estado de liberación laboral cuando se requieren limitaciones físicas debido a una lesión o enfermedad.

**Para todas las demás circunstancias:** La información de salud protegida no se revelará sin su consentimiento firmado, a menos que la ley especifica que el consentimiento, la autorización o la oportunidad de aceptar u objetar no es requerido.

## SUS DERECHOS

Aunque su registro médico es propiedad física de esta práctica médica, la información en su registro le pertenece. Como un resultado, puede ejercer los siguientes derechos con respecto a su información. Si desea iniciar cualquiera de las siguientes acciones, solicitamos que lo haga por escrito en un formulario provisto por esta oficina. Puede solicitar una copia del formulario a cualquier empleado. Una vez el formulario está completo, debe enviarse al Administrador de Oficinas.

Usted tiene los siguientes derechos:

1. Puede ver u obtener copias de su información médica. Puede solicitar que proporcionemos copias en un formato aparte de fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no sea práctico para nosotros hacerlo. Podemos cobrar una tarifa razonable por este servicio y proporcionará la información solicitada dentro de los plazos establecidos por la ley.
2. Puede solicitar una lista de las veces que compartimos su información médica. Tenga en cuenta que esta contabilidad no aplicará a las revelaciones hechas antes de la fecha de efectiva de este nuevo procedimiento, o a cualquiera de los siguientes tipos de revelaciones:
  - a. Revelaciones hechas con el propósito de tratamiento, pago u operaciones de atención médica;
  - b. Revelaciones hechas a usted, a su representante legal o a cualquier otra persona involucrada con su cuidado;
  - c. Revelaciones a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley;
  - d. Y revelaciones para fines de seguridad nacional.
3. Puede solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre el uso o la revelación de su información médica. No estamos requeridos a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, respetaremos nuestro acuerdo. Esto no aplicará a la información utilizada o revelada antes de la fecha del acuerdo.
4. Puede solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su tratamiento médico o progreso por diferentes medios o en una ubicación diferente.



5. Si cree que la información médica creada por esta oficina es incorrecta o si cree que es falta información importante, puede solicitar que corriamos la información existente o agreguemos la información faltante. Si estamos de acuerdo con su solicitud, haremos los esfuerzos razonables para compartir esta información con aquellos que usted solicite, e incluir los cambios en cualquier futura revelación de información. Si negamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación escrita. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se agregará a la información en sus registros médicos.
6. Tiene derecho a obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Intercambio de Información a pedido.
7. Si acepta este aviso y decide en el futuro revocar su autorización, puede hacerlo. Cumpliremos con su decisión, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción.
8. Puede presentar una queja ante nosotros o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Para presentar una queja con nosotros a nuestro oficial de cumplimiento HIPAA verla información al final de este aviso. Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha en que sospecha de violación. **No habrá represalias contra usted por presentar una queja.**

## PREGUNTAS O QUEJAS

Si tiene preguntas y desea información adicional, comuníquese con:

Dorothy Lukens  
Oficial de Cumplimiento HIPAA  
2500 West Freeway, Suite 200  
Fort Worth, TX 76102  
817-423-4400

Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
200 Independence Avenue  
S.W. Washington, D.C. 20201  
202-619-0257  
877-696-6775

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja. Estas quejas deben presentarse en escrito en un formulario proporcionado por esta oficina. Puede solicitar el formulario a cualquier miembro del personal y el formulario debe enviarse a la persona de contacto mencionada arriba. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Humanos de los EE. UU. Servicios. **No habrá represalias por presentar una queja.**

## Política de Asistencia y Conducta

El objetivo de esta política es garantizar un cumplimiento adecuado, resultados clínicos óptimos y un ambiente seguro de tratamiento profesional. Nuestro objetivo en Legacy Heart Care, LLC es alcanzar la excelencia clínica por encima del nivel mínimo de atención mientras brindamos una experiencia placentera.

- **Asistencia**

Legacy Heart Care comprende completamente que a veces puede ser difícil llegar a su tiempo de tratamiento pre-arreglado. Reprogramaremos gustosamente su tiempo del tratamiento a cualquier abertura disponible en el horario para acomodar sus necesidades personales. Creemos firmemente que lograr una tasa de asistencia de 80% no sólo es razonable, sino que es vital para promover un progreso clínico adecuado. En caso de que la tasa de asistencia de un individuo caiga por debajo del 80%, y hay pacientes esperando tratamiento debido a un plan de tratamiento completo, ese individuo puede estar sujeto a un paro de tratamiento para que otros puedan comenzar el tratamiento sin un retraso innecesario en cuidado. Esta política se examinará caso por caso para su aplicación apropiada y considerará cada circunstancia individual que afecte su asistencia.

- **Conducta**

En un esfuerzo por proporcionar un ambiente seguro y saludable para el personal, los visitantes, los pacientes y sus familias, Legacy Heart Care espera que los miembros del equipo, los visitantes, los pacientes y los miembros de la familia que acompañan se abstengan de comportamientos inaceptables que son disruptivos o plantean una amenaza a los derechos y a la seguridad de los demás. El comportamiento disruptivo puede incluir el intentar intimidar, acosar o hacer comentarios despectivos de una naturaleza ofensiva o sexual. Esto puede incluir físicos y no físicos, verbales o gestos.

La firma de este documento certifica que usted entiende que la eficacia clínica de la Contrapulsación Externa Mejorada (EECP) es conducida por la asistencia del paciente, y la política de conducta de Legacy Heart Care; y de acuerdo con su aplicación en el caso de que sea apropiado. Si tiene alguna pregunta o preocupación, por favor no dude en hablar con un Representante de Legacy.

---

Nombre del Paciente Impreso

Fecha de Nacimiento

---

Fecha de Firma del Paciente

---

Legacy Heart Care, LLC Representante

Fecha