

BIENVENIDOS A NUESTRA PRÁCTICA DE PODOLGÍA!

TEXOMA FOOT & ANKLE SPECIALISTS
101 N. US Hwy 75 Denison TX 75020
903-463-1000 phone
903-463-7711 fax

ANNA FOOT & ANKLE SPECIALISTS
604 W. White St. Anna, TX 75409
972-905-3919 phone
903-463-7711 fax

FECHA _____ ÚLTIMO NOMBRE _____ NOMBRE _____ MEDIO INICIAL HOY _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEGURO SOCIAL # _____ hombre

mujer

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE CASA _____ TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO TRABAJO _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

EMPLEADOR _____ DESCRIPCIÓN DE TRABAJO DEL EMPLEADOR _____

NOMBRE DE SU ESPOSO/ESPOSA _____ SUS FECHA DEL NACIMIENTO _____ EMPLEADOR DE SU ESPOSO/ ESPOSA _____

****MÉDICO DE FAMILIA:** _____ **FARMACIA:** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

- Vi el letrero / edificio
- Periódico / otro anuncio; ¿Qué anuncio? _____
- Internet / Web; ¿Qué sitio? _____
- Referido por otro paciente; ¿Qué paciente? _____
- Referido por mi médico; ¿Qué médico? _____
- Other: _____

SI EL PACIENTE ES UN NIÑO MENOR DE EDAD COMPLETE LO SIGUIENTE:

De padre y madre es o el nombre del tutor (S): _____

EMPLEADOR DE LOS PADRES: _____ TELÉFONO: _____

EMPLEADOR DE LOS PADRES: _____ TELÉFONO: _____

**** Doy todos podólogos licenciados con Texoma Foot and Ankle Specialists permiso para examinar y tratar a mis pies y los tobillos. Además, certifico que toda la información dada anteriormente y en mi historial médico siguiente es correcta. ****

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR: _____

Si guarda, imprime nombre y relación: _____

NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

SÍNTOMAS

¿Cuál es la principal queja de hoy?

De qué lado: Derecho Izquierda

Escala de 1 (suave) a 10 (en lágrimas):

¿El dolor más alto dura 24 horas? _____

¿El dolor menor? _____

Describir el dolor: _____

Área de dolor: _____

Cuánto tiempo ha estado teniendo síntomas? _____

¿Qué acción hace que duela más? _____

¿Probaste aliviar el dolor?

- Zapatos de cambio Reducir la actividad
- Inyección de esteroides Fisioterapia
- Tylenol/ Acetaminofén Advil/ Ibuprofeno
- Estiramiento en casa Otros: _____

OTROS EXTREMIDAD INFERIOR DETALLES

Altura _____ Peso _____

Tamaño de los zapatos: _____

Anterior pie, tobillo o pierna problemas:

Podólogo anterior: _____

Última cita: _____

¿Qué actividades atléticas participa en?

¿# de días una semana haciendo ejercicio?

ALERGIAS E INTOLERANCIAS A MEDICAMENTOS

NINGUNA ALERGIA A MEDICAMENTOS CONOCIDOS (NKDA)

- Cinta adhesiva Aspirina Codeína
- Anestésicos Yodo Penicilina
- Alergias alimentarias Productos sulfá
- Otros/ Detalles: _____

MEDICATIONS

¿Ha recibido una vacuna contra la gripe desde el agosto anterior? Sí No

¿Alguna vez ha recibido la vacuna Contra la neumonía? Sí No

Enumere los nombres, las dosis y la frecuencia de los medicamentos actuales que toma: _____

HISTORIA SOCIAL

¿Fumas actualmente? Sí No

O ¿usted fuma previamente? Sí No

de paquetes por semana: _____

ahumada # de años: _____

Año usted dejar de fumar: _____

¿Bebe alcohol? sí No

¿Cuánto? _____

¿Drogas recreativas? sí No

¿Qué tipo? _____

¿Posiblemente embarazada, embarazada?

sí No

Si afirmativo, ¿cuántos meses? _____

HISTORIA CLÍNICA DE LA FAMILIA

Edad del padre: _____ Fallecido Vivir

Problemas médicos o causa de la muerte:

De la edad madre: _____ Fallecido Vivir

Problemas médicos o causa de la muerte:

HISTORIAL MÉDICO

Verificación para indicar que usted tiene alguno de los siguientes actualmente o en el pasado:

- Cáncer: _____
- Válvula del corazón artificial
- Dolor en el pecho
- Problemas circulatorios
- Ataque al corazón
- Enfermedades del corazón, Específicos: _____
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Flebitis / coágulos
- Diabetes **Type #**: _____
- Problemas de la tiroides
- Reflujo ácido
- Enfermedad hepática
- Problemas renales
- Anemia
- Sangran con facilidad
- Hemofilia
- Hepatitis A B C
- VIH- positivas
- Artritis, **Osteoartritis**
- Articulaciones artificiales
- Problemas de espalda
- Calambres en las piernas
- Mareos
- Epilepsia
- Fibromialgia
- Accidente cerebrovascular
- Depresión
- Enfermedad mental
- Asma
- Pulmonar / respiratoria
- Artritis, **Reumatoide**
- Gota
- Psoriasis

Lista de enfermedades, lesiones y cirugías **no** aparece en otras partes. _____



DR. MATTHEW JACKMAN, D.P.M.

101 N. US HIGHWAY 75
DENISON, TX 75020-1544
903-463-1000 PHONE
903-463-7711 FAX



DR. RAAFAE HUSSAIN, D.P.M.

604 W. WHITE ST. SUITE A
ANNA, TX 75409-3546
972-905-3919 PHONE
903-463-7711 FAX

CONSENTIMIENTO DE HIPAA: QUIÉN PUEDE ACCEDER A MI INFORMACIÓN?

Yo, (Nombre de paciente), autorizar a la persona siguiente para acceder a mi expediente médico o hablar con un miembro del personal de la anterior llamada práctica con respecto a mi cuenta, citas y atención al paciente. Se trata en efecto desde la fecha en que firmó el avance de esta autorización hasta revocar estos permisos mediante notificación por escrito. Entiendo que esto es una autorización para permitir a las partes más abajo discutir mis citas, tratamiento de la atención, los resultados de laboratorio, los resultados, contabilidad, contabilidad y cualquier otra información obtenida en la oficina del Dr. Jackman. También entiendo que las personas no aparezca a continuación serán negadas el acceso a dicha información.

Nombre del partido autorizado

Relación al paciente

Nombre del partido autorizado

Relación al paciente

Nombre del partido autorizado

Relación al paciente

Nombre del partido autorizado

Relación al paciente

Limitaciones para el acceso de sus registros deben ser los siguientes:

Firma del paciente

Fecha firmado

Fecha de nacimiento



DR. MATTHEW JACKMAN, D.P.M.

101 N. US HIGHWAY 75
DENISON, TX 75020-1544
903-463-1000 PHONE
903-463-7711 FAX

DR. RAAFAE HUSSAIN, D.P.M.

604 W. WHITE ST. SUITE A
ANNA, TX 75409-3546
972-905-3919 PHONE
903-463-7711 FAX

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que como parte de la provisión de servicios de salud, mis médicos en Texoma especialistas en pies y tobillos crean y mantienen registros de salud y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial de salud, síntomas, examen y prueba resultados, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro. Me han proporcionado un aviso de política de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud. Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar el aviso de privacidad y prácticas y que se me dará una nueva copia del aviso de política de privacidad con cualquier cambio significativo antes de continuar el servicio con Texoma pies y tobillos especialistas.

Al firmar este formulario:

1. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida sobre mí a efectos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Hacerlo con el entendimiento de que mi expediente de salud puede incluir pero no está limitado a los registros escritos, orales y electrónicos, y esta política de privacidad se aplica a todos los registros de cualquier formato. Autorizo a todos mis otros médicos para liberar mis expedientes médicos a mi podólogo en especialistas de tobillo y pie Texoma a efectos de tratamiento médico y para ayudar en la facturación de los servicios prestados por mi podólogo.
2. Testifico que entiendo mis derechos relacionados con la portabilidad de la información de salud y la ley de responsabilidad como se explica en el aviso de privacidad. Se me ha dado la oportunidad de restringir el acceso a mis registros y haber completado el formulario de HIPAA permitiéndome hacerlo. Entiendo que los especialistas en pies y tobillos de Texoma no están obligados a cumplir con mis restricciones, pero que intentarán hacerlo siempre que sea razonable y posible.
3. Estoy de acuerdo en permitir que los empleados de los especialistas en pies y tobillos de Texoma actúen en mi nombre para tratar de cobrar los pagos de las reclamaciones de seguros presentadas por los servicios prestados a mí, incluyendo el contacto con compañías de seguros, proporcionando información y registros necesarios, y emitir quejas al Comisionado de seguros del estado según sea necesario para asegurar el pago oportuno de mi compañía de seguros.
4. Entiendo que en última instancia soy responsable de mi cuenta. Aunque los especialistas del pie y del tobillo de Texoma intentarán recoger el pago de mi compañía de seguro, reconozco que su falta de cubrir mis gastos no da lugar al coste que es amortizado; más bien la cantidad adeudada caerá a mí. Además, si mi podólogo solicita el pago directo por los servicios prestados o por encima de los artículos de compra, autorizo tales pagos.
5. Entiendo que esta oficina responderá a las solicitudes de documentos enviados por correo electrónico; Entiendo que esto no se considera un método seguro de comunicación y que soy responsable de todas las solicitudes de documentación por correo electrónico.
6. Autorizo a los empleados de esta oficina a recolectar datos con respecto a mis medicamentos recetados de las bases electrónicas de la farmacia según sea necesario.
7. Testifico que este consentimiento es válido hasta el momento en que lo revoque por escrito. Entiendo que revocar este consentimiento no será aplicable a los casos en que la información ya haya sido publicada. Reconozco que una copia de esta autorización puede ser usada en lugar del original.

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (IMPRESO)

NOMBRE DEL TUTOR LEGAL (SI CORRESPONDE)

HOY FECHA

FECHA DE NACIMIENTO

RELACIÓN CON EL PACIENTE



DR. MATTHEW JACKMAN, D.P.M.

101 N. US HIGHWAY 75
DENISON, TX 75020-1544
903-463-1000 PHONE
903-463-7711 FAX



DR. RAAFAE HUSSAIN, D.P.M.

604 W. WHITE ST. SUITE A
ANNA, TX 75409-3546
972-905-3919 PHONE
903-463-7711 FAX

POLÍTICAS DE PROMETIDOS

1. Nuestras oficinas tratarán de verificar sus beneficios antes de que usted sea visto en su oficina. Si usted desea una explicación de cómo su seguro procesará su visita, estaremos encantados de proveer esta información antes de su cita. Se le citará una estimación basada en la mejor información que podamos obtener de su compañía de seguros. Esto es, sin embargo, **sólo una estimación**. Ninguna cantidad cotizada en-oficina o por teléfono es final, incluso en el caso de cirugías. El precio final se basa en su contrato con su compañía de seguros y su contrato con nosotros, y se determinará sólo después de que todos los seguros procesen sus reclamos.
2. **EL PAGO SE ESPERA EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.** Nuestras oficinas recogen los copagos y los deducibles conocidos para los servicios de la evaluación de la visita de la oficina en el check-in; los servicios adicionales realizados, tales como radiografías, inyecciones, cirugías de uñas, recortes de uñas, remoción de verrugas, botas para caminar u otros equipos, etc., pueden resultar en cobros adicionales en la salida.
3. **LOS CHEQUES DE VUELTOS** estarán sujetos a un honorario de \$20,00. Cuando se devuelva un cheque, nos pondremos en contacto con usted por correo. Treinta días después de la fecha de la carta, su cuenta puede ser entregada al condado para perseguir el pago del cheque y honorarios inválidos. Después de devolver un cheque, se le puede pedir que realice pagos futuros en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito/débito.
4. Si usted está atrasado en hacer el pago, le enviaremos declaraciones mensuales a través del correo. Después de enviar por lo menos **TRES DECLARACIONES SIN PAGO o SIN CAMBIO** de balance, le enviaremos una última declaración, un "Aviso final" antes de enviar su cuenta a una **AGENCIA DE COBRANZAS**. Para evitar cobros, por favor trate de hacer todos los pagos dentro de tres meses después de que el servicio es renderizado o los reclamos han sido procesados.
5. Si recibimos **EL CORREO DE VUELTO** en una declaración saliente, intentaremos contactarlo por teléfono para obtener una dirección válida. Si su número de teléfono ya no es válido o se niega a ofrecer una dirección correcta, su cuenta será entregada inmediatamente a cobros.
6. Si su cuenta debe ser entregada a **UNA AGENCIA DE COBRANZAS**, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - a. La agencia de cobranzas perseguirán el pago en la mayor medida posible, incluyendo la presentación de informes a las agencias de crédito o la participación de los abogados a través del proceso legal para la recolección de deudas:.
 - b. Debe ponerse en contacto con la compañía de cobros para realizar cualquier trámite de pago hasta que la cuenta se pague íntegramente.
 - c. Nuestros podólogos continuarán ofreciendo cuidado a usted, pero solamente en el ajuste del hospital para tratar cualquier necesidad urgente del pie.

- d. Se proporcionarán los expedientes, pero los honorarios de los expedientes serán debidos por adelantado según procedimiento normal.
7. Asimismo, las **CIRUGÍAS CANCELADAS** con menos de una semana de antelación estarán sujetas a una **tasa de cancelación de \$150.00** representativa de la cantidad de tiempo y esfuerzo que nuestro personal, el personal del hospital, anestesiólogos y proveedores de equipos sufren para programar cada cirugía . Usted es legalmente responsable de estos honorarios y su cuenta puede ser entregada a cobros para el pago de estas cuotas.
8. Mientras que algunos honorarios tienen que pagar por adelantado, en muchos casos, somos capaces de fijar **PLANES DE PAGO** si es necesario. Por favor, hable con nuestro asociado de facturación para obtener ayuda en el inicio de un plan de pago. En caso de incumplimiento de su plan de pago, su cuenta puede ser entregada a cobros por falta de pago. Si usted está en cualquier punto incapaz de cumplir con su monto de pago dispuesto, por favor póngase en contacto con nuestra oficina y comunicarse con nosotros para que podamos tratar de ayudar a usted y evitar cualquier acción de cobranzas; un nuevo acuerdo de pago puede ser negociado a medida que su situación cambia.
9. En todo momento, se tomará en consideración **LA COMUNICACIÓN Y UN INTENTO DEMOSTRADO DE CUMPLIR CON SUS OBLIGACIONES FINANCIERAS** antes de que se tomen las acciones de cobranza. Esto significa que si es posible que usted pague cualquier cosa hacia una deuda, incluso si la cantidad es pequeña, eso nos ayudaría a retrasar cualquier acción adicional que pudiera ser perjudicial para usted. Reconocemos que las personas enfrentan diferentes desafíos, y estamos dispuestos a tratar de trabajar con usted y su presupuesto en el pago de sus honorarios médicos.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído las políticas financieras anteriores y entiendo que si elijo recibir servicio, entonces estoy obligado por estas políticas.

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL DEL PACIENTE

HOY FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE (IMPRESO)

FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE DEL TUTOR LEGAL (SI CORRESPONDE)

RELACIÓN CON EL PACIENTE



DR. MATTHEW JACKMAN, D.P.M.

101 N. US HIGHWAY 75
DENISON, TX 75020-1544
903-463-1000 PHONE
903-463-7711 FAX



DR. RAAFAE HUSSAIN, D.P.M.

604 W. WHITE ST. SUITE A
ANNA, TX 75409-3546
972-905-3919 PHONE
903-463-7711 FAX

AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Fecha: diciembre de 2014

Esta notificación describe cómo información médica puede utilizarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor léala con cuidado. se le pedirá firmar un documento indicando que han recibido y revisado este documento.

ACERCA DE ESTE AVISO

Leyes estatales y federales nos obligan a mantener la privacidad de su información médica y para informarle sobre nuestras prácticas de privacidad le proporciona este aviso. Debemos seguir las prácticas de privacidad como se describe a continuación. Esta notificación llevará a efecto en su primer día de servicio con nosotros después de 01 de diciembre de 2014 y permanecerá en efecto hasta que sea modificado o sustituido por nosotros. Es nuestro derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad proporciona el estado y las leyes federales permiten que los cambios. Antes de hacer un cambio significativo, este aviso se modificará para reflejar los cambios y vamos a hacer el aviso de petición. Puede solicitar una copia de nuestro aviso de privacidad en cualquier momento poniéndose en contacto con nuestro agente de recepción en el número de teléfono, fax o dirección arriba indicada.

ACCESOS Y USOS TÍPICOS

Se tratará su información, incluyendo cualquier información de salud que es recopilado de usted o creada o recibida por nuestra oficina que se refiere al pasado, presente o futura salud física o mental o a una condición de salud que potencialmente podría identificarle como confidencial y "necesita saber" por nuestra oficina. Los efectos siguientes son ejemplos de regular y admisible el uso de su información, aunque esta lista no es todo incluida.

Tratamiento: Que usemos su información médica para proporcionarle con nuestros servicios profesionales, médicos. Hemos establecido un estándar "mínimo necesario" que limita el acceso de los empleados a su información para permitir sólo el acceso a la información necesarios para cumplir sus funciones de trabajo principal. Todos nuestro personal es necesaria para firmar una declaración de cumplimiento indicando su compromiso de mantener su información confidencial y protegida.

Información: Podemos divulgar o compartir su información de salud con otros profesionales del cuidado médico, incluyendo sus otros médicos, las compañías de seguros, etc. que proporcionan tratamiento o servicio a usted. Estos profesionales tendrán una política de privacidad y confidencialidad similar a este. Su información puede accederse también por nuestro negocio de socios que asista en la presentación de reclamaciones electrónicas comerciales y apoyo a nuestro software de registros médicos. Estas empresas han

firmado acuerdos legales para proteger su información de la misma manera que hacemos. Información médica sobre usted puede divulgarse también a tu familia, amigos u otras personas designadas por usted en su formulario HIPAA firmado en su encuentro inicial de la paciente. Esta forma de autorización es en efecto desde la fecha de finalización por usted hacia adelante sin vencimiento, pero usted podrá actualizar o modificar a los destinatarios de la información señalada en cualquier momento. Utilizando el formulario HIPAA, también puede restringir los tipos de información que pueden recibir sus individuos designados.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para buscar el pago de los servicios que ofrecemos a usted. Esta declaración implica nuestro personal de oficina de negocios y pueden incluir organizaciones de seguros u otros negocios que pueden involucrarse en el envío de declaraciones o recoger saldos no pagados.

Urgencias: Podemos utilizar o divulgar su información para notificar, asistir en la notificación de un miembro de la familia o cualquier persona responsable de su cuidado en caso de cualquier emergencia relacionada con su atención, ubicación, condición general o muerte. En la medida de lo posible le proporcionará una oportunidad al objeto para este uso o divulgación. Bajo condiciones de emergencia o si usted está incapacitado utilizaremos nuestro mejor juicio profesional a revelar sólo esa información directamente relevante para su atención. También usaremos nuestro juicio profesional para hacer inferencias razonables de su interés por permitir que alguien recoger recetas rellenas, rayos x u otras formas similares de información médica y suministros a menos que nos han aconsejado lo contrario.

Cuidado de la salud y las operaciones del negocio: Utilizar y divulgar su información médica para mantener nuestra práctica operable. Ejemplos de personal que tenga acceso a esta información incluyen, pero no se limitan a, nuestro personal de registros médicos, fuera de los revisores de salud o gestión y personas realizando actividades similares. También podemos divulgar información médica para el manejo o auditorías financieras o evaluaciones de.

Requerido por la ley: Podemos utilizar o divulgar su información médica cuando estamos obligados a hacerlo por ley, por ejemplo: corte u órdenes administrativas, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal. Usaremos y revelaremos su información cuando pedido por seguridad nacional, inteligencia y otros locales, estatal y funcionarios de la ley federal o si usted es un recluso o no bajo la custodia de la policía. La información de salud de las fuerzas armadas puede divulgarse a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Si la información es requerida para inteligencia legal, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional, podemos divulgar a funcionarios federales autorizados. Si usted es un recluso, podemos divulgar su información a la institución correccional de atención continua. También podemos proporcionar información a los médicos forenses o médicos forenses trataban de identificar los restos o a organizaciones manejo de adquisición de órganos y tejidos para trasplante.

Abuso o negligencia: Puede que divulguemos su información médica a autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Esta información será compartida sólo en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

Responsabilidades de salud pública: Nosotros revelaremos su información de salud para informar de problemas con productos, reacciones a medicamentos, productos retirados, exposición infección enfermedad y a prevenir y controlar enfermedades, lesiones o discapacidad.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas, incluyendo pero no limitado a, mensajes de voz, correos electrónicos, postales o cartas.

Investigación: En algunas circunstancias, podemos usar y divulgar su información médica para fines de investigación, por ejemplo comparando los resultados de los pacientes que reciben un determinado tratamiento. Todos los proyectos de investigación requieren que usted se dio cuenta y aprobar el uso de su información de identificación (nombre o dirección, por ejemplo) si es necesario para el informe de investigación. Siempre que sea posible este tipo de información se limitará.

Cambio de la práctica: En caso de que los socios o asociados se agregan a la práctica, tienen completo acceso a los archivos creados bajo los médicos existentes. Si los propietarios de práctica deciden vender la práctica, paciente toda la información puede ser revelada a otro establecimiento de atención de salud o grupo de médicos en una venta, transferencia, fusión o consolidación de la práctica.

Servicios de mercadeo relacionados con la salud: No comunicaremos su información de salud para propósitos de mercadeo o cualquier otro propósito donde nuestra práctica recibiría pago sin autorización previa por escrito para hacerlo. Nuestra oficina no participa en la venta de información al paciente. Si, en el futuro, la práctica se compromete en cualquier recaudación de fondos a través de la comunicación a usted, se le dará la opción de optar por no recibir tales artículos.

SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho de **obtener una copia de este aviso** en cualquier momento. Usted también tiene el **derecho de inspeccionar y obtener copias de su información de salud** (y la de un individuo para el cual usted es tutor legal) con el formulario de solicitud apropiado y el tiempo de procesamiento de 72 horas. Una vez que su solicitud es aprobada, se puede hacer una cita para que usted revise su información protegida. Las copias que excedan de 5 páginas, si se solicitan, pueden estar sujetas a una tasa que debe ser pagada en el momento en que se reciban las copias. Nuestro agente de recepción puede proporcionar la forma apropiada cuando está pedido. Si las copias son enviadas, también se incluirá el cargo por franqueo y el pago debe ser recibido antes de enviarlo. Si usted prefiere un resumen o una explicación, podemos proporcionarlo en su lugar. En circunstancias limitadas, podemos negar su petición, pero permitiremos una revisión por parte de un profesional de salud de terceros de nuestra elección. Acataremos la determinación de la revisión.

Usted tiene el **derecho de enmendar su información** si considera que es inexacta o incompleta. Su solicitud debe ser por escrito e incluir una explicación de por qué la información debe ser enmendada. Bajo ciertas circunstancias, su solicitud puede ser denegada con una explicación de la negación. Usted también tiene el **derecho de restringir** qué individuos pueden recibir información sobre usted usando su formulario de HIPAA completado cuando usted comenzó a ver a nuestros médicos. Aunque normalmente no ofrecemos información a su plan de salud/seguro con respecto a los artículos que usted paga de su bolsillo, usted tiene el derecho de restringir esta información para que no sea divulgada, incluso si se solicita específicamente. Un nuevo formulario de HIPAA puede ser completado bajo petición en cualquier momento y reemplazará cualquier formulario anterior que usted haya enviado efectivo en la fecha de su firma y terminación. Aunque podemos negar las restricciones, trataremos de cumplir siempre que sea posible. Usted tiene el **derecho a una contabilidad de nuestras divulgaciones de información**. Si una divulgación se hace para un uso no típico como se define anteriormente, nuestros empleados están obligados a documentar la divulgación; las divulgaciones de rutina no se registran. En cualquier momento, usted puede solicitar una contabilidad de estas divulgaciones. Para solicitar esta contabilidad, por favor, proporcione una solicitud por escrito y nos permita 72 horas para el procesamiento de su solicitud. Esta contabilidad incluirá fechas de divulgación, a quienes la información fue revelada, y qué información fue divulgada. Nuestra oficina acatará esta póliza, y los cambios subsecuentes, para proteger sus expedientes de la salud hasta 50 años después de su fallecimiento en el cual las leyes de la aislamiento del punto no aplican más.

Usted también tiene el **derecho de solicitar un método de correspondencia en particular**. Para solicitar que la práctica se comunique de cierta manera, por favor haga su solicitud por escrito y especifique exactamente qué método de contacto prefiere; usted no necesita indicar una razón para su solicitud. Haremos todo lo posible para acomodar todas las peticiones razonables. Nuestra oficina utiliza un portal de pacientes en conexión con correspondencia de correo electrónico. Mientras que el portal del paciente es un sitio seguro que se utiliza para transmitir información confidencial, el correo electrónico en sí no se considera un medio de comunicación seguro. Si usted solicita recibir documentación, incluyendo información personal de salud, por correo electrónico, nosotros se la proporcionaremos en ese formato bajo su propio riesgo.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas y hacer que las nuevas provisiones sean efectivas para toda la información de salud personal que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, publicaremos el aviso enmendado de prácticas de privacidad en nuestra oficina y en nuestro sitio Web. Usted puede solicitar que se le proporcione una copia.

INFRACCIONES DE INFORMACIÓN

En el caso de que la información confidencial no segura (sin cifrar) sobre usted sea "violada" y el uso de la información suponga un riesgo significativo de daños financieros, de buena reputación u otros, le notificaremos la situación y cualquier medida que usted deba tomar para Protéjase contra el daño debido a la brecha. También informaremos a cualquier otra parte requerida bajo nuestras obligaciones legales determinantes sobre el alcance de la brecha.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted tiene alguna pregunta o desea más explicación o aclaración de esta póliza, por favor pregúntele a cualquiera de nuestros empleados y ellos le dirigirán a la persona apropiada para que los temas sean tratados o explicados. Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado con respecto a su acceso a su información médica, puede presentar la queja en forma de una carta escrita a:

Privacy Compliance Officer
Texoma Foot and Ankle Specialists
101 N. US Highway 75
Denison, TX 75020

Nosotros apoyamos su derecho a la privacidad de su información y no tomaremos represalias si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos (HHS). Todas las quejas deben ser presentadas dentro de 180 días de cuando usted supo o debería haber sabido que el acto ocurrió.