

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y PUEDE SER DIVULGADA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

RESUMEN:

Por ley, estamos requeridos de proveer a los pacientes nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Tenemos el derecho de compartir su información médica con todos los partidos relacionados con su tratamiento que incluyen el médico que lo recomendo, portador de seguro (todos los partidos relacionados) y entidades legales.

Como paciente usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho de examinar y de copiar su información;
2. El derecho de solicitar correcciones a su información;
3. El derecho de solicitar que su información sea restringida;
4. El derecho de solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a dictar informe de accesos a su información; y
6. El derecho a una copia de este aviso

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor de llamar a nuestro representante de APP al (708) 671-0771.

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

“Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que si tengo alguna pregunta o algún comentario en cuanto a mis derechos me puedo comunicar al número de teléfono que está enumerado en este aviso. Entiendo que WCS me ofrecerá actualizaciones de este aviso si se enmienda, modifica o se cambia de cualquier manera. Entiendo que al firmar este aviso permito que WCS envíe las facturas a mi portador de seguro. Entiendo que seré responsable por cualquier factura que la aseguradora se niegue a pagar.”

Póliza de Asistencia

Llegar tarde repetidamente, cancelaciones o no llegar a las citas indica falta de compromiso con su salud. Se notificará al médico y a cualquier representante del seguro de la asistencia a sus citas. La discontinuación del tratamiento ocurrirá si llega tarde a las citas o las faltas son continuas, a la discreción del terapeuta.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

“Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad. Entiendo que si tengo alguna pregunta o algun comentario en cuanto a mis derechos me puedo comunicar al número de teléfono que esta enumerado en este aviso. Entiendo que WCS me ofrecerá actualizaciones de este aviso si se enmienda, modifica o se cambia de cualquier manera. Entiendo que al firmar este aviso permito que WCS envíe las facturas a mi portador de seguro. Entiendo que sere responsable por cualquier factura que el portador de seguro se niegue a pagar. Si mi cuenta se envia a una agencia de colecciones sere responsable por el 25% de las cargas incurridas.” Habra un cargo de \$25.00 por cualquier cheque se regrese por falta de fondos.

Póliza de Asistencia

Llegar tarde repetidamente, cancelaciones o no llegar a las citas indica falta de compromiso con su salud. Se notificará al médico y a cualquier representante del seguro de la asistencia a sus citas. La discontinuación del tratamiento ocurrirá si llega tarde a las citas o las faltas son continuas, a la discreción del terapeuta.

Enumere cualquier partido adicional que quisiera que recibiera una copia de este aviso en el espacio proporcionado.

He leído y entiendo completamente las pólizas enumeradas arriba.

Nombre de Paciente o Guardian (Imprento)

Firma de Paciente o Guardian

Fecha

Paciente se nego a firmar El paciente no podia firmar debido a _____