

Ridgecrest Regional Hospital (Hospital Regional de Ridgecrest)
Resumen de Información de Prácticas de Privacidad
En efecto a partir del 14 de Abril del 2003; Revisado Agosto 20, 2013

Patient Name
MR#

Este resumen describe cómo información médica acerca de usted puede ser usada y revelada, así como la forma en que usted puede tener acceso a esta información. Si usted desea solicitar una versión detallada de esta Información de Práctica de Privacidad, por favor póngase en contacto con la Oficial de Privacidad.

Usos y Revelaciones: Usaremos y revelaremos elementos de su información protegida de salud (PHI) en los siguientes casos:

- Cuando sean necesarios para propósitos de tratamiento, pago, y operaciones del hospital
- Cuando la información es requerida por la ley, incluyendo esto: propósitos del servicio militar, solicitudes para el cumplimiento de la ley, razones de seguridad nacional, o para agencias de regularización o acreditación del cuidado de la salud
- En situaciones de emergencia o por razones de salud y seguridad.
- A examinadores médicos, médicos forenses o directores de funerales.
- A organizaciones de donación de órganos, tejidos, y otras organizaciones encargadas de donaciones.
- Para ponernos en contacto con usted con el fin de recordarle acerca de una cita, o informarle sobre beneficios y servicios relacionados con la salud.
- Para nuestro Directorio del Hospital.
- Para solicitudes de Compensación al Trabajador.
- Para propósitos de investigación.
- A aquellas personas quienes estén involucradas en su cuidado.

Todos los otros usos y revelaciones por Ridgecrest Regional Hospital (Hospital Regional de Ridgecrest) requerirán que obtengamos consentimiento escrito por parte del usted.

Sus Derechos:

- Restricciones: El pedirnos que la información que se comparta sea limitada. (La solicitud será considerada en el caso de cada individuo).
- Comunicaciones Confidenciales: El recibir su información de salud confidencial en direcciones, números de teléfono, y de fax altermos.
- Acceso: El inspeccionar o recibir copias de su expediente médico.
- Enmiendas: El solicitar que se hagan cambios a la información acerca de su salud. (La solicitud se considerará individualmente).
- Contabilidad: El recibir una lista de los casos en que hemos revelado información acerca de su salud.
- Esta noticia: El pedir una copia de noticia de privacidad completa.
- Quejas: El presentar una queja a nosotros o al Departamento de Servicios de las Salud y Humanitarios Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos (para presentar una queja llame al (415) 437-8310 si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados. Por favor la información acerca de contactos para presentar una queja con el hospital.

Nuestros Deberes: La ley requiere que mantengamos la privacidad de su Información Protegida de la Salud. Nosotros debemos obedecer los términos de esta noticia o cualquier actualización a la misma.

Contacto de Privacidad: Para obtener mayor información acerca de nuestras prácticas de privacidad, por favor póngase en contacto con:

Contacto de Privacidad: Para obtener mayor información acerca de nuestras prácticas de privacidad, por favor póngase en contacto con:

HIPAA Privacy Officer (Oficial de Privacidad de HIPPA) (760) 499-3675
Director of Health Information Management, (Gerencia de Información de la Salud) (760) 499-3670

Firma de Enterado: _____
Firma Fecha:

Si usted está firmando como representante del Paciente, for favor escriba su nombre con letra de molde e indique relación:

Nombre

Relación

*** 1 P R I V ***

**SUMMARY NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
(SPANISH)**