**PARK PEDIATRICS**

**INFORMACION SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**.

Yo entiendo que, bajo la Health Insurance Portability Act of 1996 (HIPPA), Yo tengo ciertos derechos sobre la privacidad de mi Informacion de Salud Individual reconocible (IIHI siglas en Ingles)

Yo entiendo que esta informacion puede ser usada para:

* Tratamiento
* Pago por tratamiento o servicios.
* Operaciones de cuidados de Salud.
* Citas/ Llamadas de seguimiento.
* Coordinacion de cuidados de salud con profesionales involucrados en el cuidado de su hijo/os.

Yo entiendo que la informacion personal de salud de mis hijos o mia puede ser compartida con otras personas si:

* Requerido por una orden de corte, requerido por ley o organizaciones de salud publica.
* Asistir en la prevencion o control de enfermedades, discapacidades o lesiones de importancia en salud publica.
* Asistir en amenazas de salud o seguridad de usted, o cualquier otra persona o el publico.
* Asisitir en donacion de tejidos/organos si su hijo es un donador de organos.
* Para propositos de investigaciones aprobadas; informacion de pacientes solamente sera liberada con su permiso.
* Requerido por oficiales federales en situaciones de seguridad publica.
* Recomendacion de posibles tratamientos alternativos.
* Cumpliendo para casos de Compensacion de Trabajadores.

Yo entiendo que tengo derecho a:

* Solicitar una restriccion en el uso y revelacion de los records medicos de mi hijo/a.
* Solicitar una inspeccion u obtener una copia de los records medicos de mi hijo/a.
* Solicitar corregir informacion en los records medicos de mi hijo/a.
* Solicitar comunicacion confidencial.
* Recibir una copia de esta informacion.

Park Pediatrics no recibira ningun pago u otra compensacion de una tercera persona/organizacion por el intercambio de uso o revelar la Informacion de Practicas de Privacidad.

Yo no tengo que firmar esta autorizacion en orden de recibir tratamiento en Park Pediatrics. Conozco que tengo derecho a rehusar firmar esta autorizacion. He leido y entendido la version completa de Informacion sobre Practica de Privacidad. Cuando mi información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estara protegida por el Reglamento Federal de Privacidad HIPPA. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto en la medida en que Park Pediatrics haya actuado basándose en esta autorización. Mi revocación escrita debe ser sometida a Park Pediatrics a: Park Pediatrics, 7610 Carroll Avenue, Suite 400, Takoma Park, MD, 20912.

Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relacion con el paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para uso de la Oficina:

Yo intente obtener la firma para reconocimiento de esta Informacion sobre Practica de Privacidad pero no fue posible por lo tanto, lo documento.

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_