

**NAVARRO COUNTY AMBULATORY CARE ASSOCIATION
Dr. Kent E. Rogers Clinic**

**618 N Main St., Corsicana, Texas 75110-3028
903-874-6731 or 903-872-2151**

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Your rights under the Health Insurance Portability Insurance & Accountability Act of 1996 (HIPAA)

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please read it carefully.

This practice uses and discloses health information about you for treatment and to obtain payment for treatment, for administrative purposes, and to evaluate the quality of care that you receive.

This notice describes our privacy practices. We may change our policies and this notice at any time and have those revised policies apply to all the protected health information we maintain.

If or when we change our notice, we will post the new notice in the office where it can be seen. You can request a paper copy of this notice, or any revised notice, at any time (even if you have allowed us to communicate with you electronically). For information about this Notice our privacy practices and policies, please contact the person listed below.

HOW WE MAY USE and DISCLOSE YOUR MEDICAL INFORMATION

Treatment:

We can use and disclose your medical information to those involved in your treatment. For example, your care may require the involvement of a specialist. When we refer you to that physician, we will send some or all your medical information to that physician to facilitate the delivery of care.

Payment:

We can use and disclose your medical information to bill and collect payment for the services we provide you. For example, we may complete a claim form to obtain payment from Medicare or Medicaid. That form will contain medical information, such as a description. If the medical service provided to you, your insurer must approve payment to us.

Health Care Operations:

We are permitted to use or disclose your medical information for health care operations, which support this practice and ensure quality care is delivered.

For example: Your medical information may be:

1. Reviewed to evaluate the treatment and services performed by our staff in caring for you.
2. Disclosed to physicians, nurses, technicians, healthcare students and other agents of the facility for review and learning purposes.

As Required by Law your medical information will be disclosed when required to do so by federal, state, or local authorities, laws, rules and/or regulations.

There are situations in which we are permitted to disclose or use your medical information without your written authorization or an opportunity to object. In other situations, we will ask for your written authorization before using or disclosing any identifiable health information about you. If you choose to sign an authorization to disclose information, you can later revoke that authorization, in writing, to stop future uses and disclosures. However, any revocation will not apply to disclosures or uses already made or taken in reliance on that authorization.

Legal Proceedings and Law Enforcement

We may disclose your medical information during judicial or administrative proceedings in response to a court order (or administrative decision-maker) or other appropriate legal process. Certain requirements must be met before the information is disclosed.

- > Information is released pursuant to legal process, such as a warrant, subpoena, and similar lawful process;
- > Information requested for information about an actual or suspected crime victim;
- > Information pertains to a person who has died under circumstances that may be related to criminal conduct;
- > Information is released because of a crime that has occurred on these premises; or
- > Information is released to locate a fugitive, missing person, or suspect.

We may also release information if we believe the disclosure is necessary to prevent or lessen an imminent threat to the health or safety of a person.

National Security and Intelligence Activities, Protection of the President

We may disclose your medical information for specialized governmental functions such as separation or discharge from military service, requests as necessary by appropriate military command officers (if you are in the military), authorized national security and intelligence activities, as well as authorized activities for the provision of protective services for the President of the United States, other authorized government officials, or foreign heads of state.

To Alert a Serious Threat to Health or Safety

Your medical information may be used and disclosed when necessary to prevent a serious threat to your health and safety and that of the public or another person. Any disclosure, however, would only be to someone able to help prevent the threat.

Health Oversight Activities

Your medical information may be disclosed to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs and compliance with civil rights laws.

DISCLOSURES THAT CAN BE MADE WITHOUT WRITTEN AUTHORIZATION

There are situations in which we are permitted to disclose or use your medical information without your written authorization or an opportunity to object. In other situations, we will ask for your written authorization before using or disclosing any identifiable health information about you. If you choose to sign an authorization to disclose information, you can later revoke that authorization, in writing, to stop future uses and disclosures. However, any revocation will not apply to disclosures or uses already made or taken in reliance on that authorization.

Workers' Compensation:

We may disclose your medical information as required by state-specific laws regarding workers' compensation claims.

Inmates:

If you are an inmate or under law enforcement's custody, we may release your medical information to the correctional institution or law enforcement official to provide health care for you or the health and safety of others.

Organ Donation, Coroners, Medical Examiners, and Funeral Directors:

Your medical information may be released to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may release medical information about patients to the funeral directors as necessary to carry out their duties.

Public Health Risk, Abuse, and Health Oversight:

Your medical information may be used and disclosed for public health activities. These activities include the following:

- > To prevent or control disease, injury, or disability;
- > To report child, elderly or disabled person abuse or neglect as required by Texas law.
- > To notify a person who may be exposed to a disease or may be at risk of contracting or spreading a disease or condition.
- > Notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect, or violence.

INDIVIDUAL RIGHTS UNDER THE PRIVACY REGULATIONS OF THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT of 1996(HIPAA)

The United States Department of Health and Human Services created regulations intended to protect patient privacy as required by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Those regulations create several privileges that patients may exercise. We will not retaliate against a patient that exercises their HIPAA rights.

Patient Rights Regarding Your Medical Information:

You have the right to inspect and copy medical information that may be used to make medical decisions about you.

All requests must be submitted in writing. HIPAA permits us to charge a reasonable cost-based fee for all paper copies.

We may deny your request to inspect and copy in some limited circumstances:

Laboratory results and information that is being compiled for in legal action under attorney-client privilege.
If the release of records endangers the life or safety of the patient or another.

If you are denied access to medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional, other than the person who denied the request, will be chosen by this facility to review your request and the denial. This facility will comply with the outcome of the reviewed.

Requested Restrictions:

You may request that we restrict or limit how your protected health information is used or disclosed for treatment, payment, or health care operations. We do not have to agree to this restriction, but if we do agree, we will comply with your request except under emergency circumstances.

To request a restriction, submit the following in writing: (a) The information to be restricted, (b) what kind of restriction you are requesting (for example, on the use of information, disclosure of information or both), and (c) to whom the limit will apply. Please send the request to the address and the person listed at the end of this notice.

You may also request that we limit disclosure to family members, other relatives, or close personal friends that may or may not be involved in your care.

You have the right to request that a health care item or service not be disclosed to your health care plan for payment purposes or health care operations. We are required to honor your request if the health care service or service is paid out of pocket and in full. This restriction does not apply to use or disclosure of your health information related to your medical treatment.

Right to Amend:

If you feel that medical information, we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have a right to request an amendment to information kept by this facility. Except where individual state laws are more stringent. This facility has a minimum of 60 days (about 2 months) to act on your request. Any such request must be made in writing to the person listed at the end of this document. Your request must be in writing, you must provide a reason to support the request. We may refuse to allow an amendment for the following reasons:

- Ø Your request is not in writing or does not include a reason to support the request.
- Ø the medical information is accurate and complete.
- Ø the information is not part of the information you would be permitted to inspect and copy
- Ø > The information was not created by this practice or physicians in this practice.

Even if we refuse to allow an amendment, you are permitted to include a patient statement about the information at issue on your medical record. If the amendment is allowed or denied you will be informed in writing.

Receiving Confidential Communications by Alternative Means:

Appointment Reminders, Treatment Alternatives, and other Benefits

We may contact you by (telephone, mail, or email) to provide appointment reminders, information about alternatives, or other health-related benefits and services.

You may request that we send communications of protected health information by alternative means or to an alternative location. This request must be made in writing to the person listed at the end of this notice. We are required to accommodate only a reasonable request. Please specify in your correspondence exactly how you want us to communicate with you and, if you are directing us to send to a particular place, the contact/address information.

NCACA provides written/printed materials in English/Spanish. We offer inhouse interpreters for Limited English Proficiency (LEP).

ASSIGNMENT OF HEALTH INSURANCE BENEFITS/PROMISE TO PAY:

I hereby assign and authorize payment direct to NAVARRO COUNTY AMBULATORY CARE ASSOCIATION all insurance benefits or proceeds of all claims submitted on my behalf. If eligible for Medicare, I request Medicare assignment of payments to pay NCACA directly for my services. I understand that I am responsible for any charges not covered by my insurance company.

Right to Notice of Breach: You have the right to be notified if we or one of our Business Associates becomes aware of an improper disclosure of your health information.

Changes to this Notice: We reserve the right to change this Notice at any time. We reserve the right to make the revised or changed Notice effective for all health information we have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the Notice in the Center. The Notice will contain the effective date. If we amend the Notice, we will offer you a copy of the current Notice in effect. You may request a copy each time that you visit the Center or calling and requesting that a current Notice to be sent to you in the mail.

ELECTRONIC HEALTH RECORD (EHR) and CONSENT TO RELEASE HEALTH INFORMATION:

An electronic health record (EHR) or sometimes called an electronic medical record-allows healthcare providers to record patient information electronically. I understand that electronic medical records contain information about my health from my past, current and future health care providers. I agree that this health information may be released through the Physician/ Health Clinic electronic medical record or by other means (for example, fax, telephone, email, or hand delivery): to past or current health care providers that provide care to me; to the health insurance company named in my medical record; and to any other person named in my medical record who pays for my treatment. I understand these people will have access to all my health information in the medical record, including behavioral health and substance use disorder information, my medical history, diagnosis, hospital records, clinic and doctor visits information, medications, treatments. Allergies and lab tests result in reproductive and sexually transmitted disease. I understand that I may take back this consent at any time, except if my health information has already been released to someone. I understand that I may request a list of health care organizations that have received my health information. This consent will expire one year after my death.

PATIENT CONSENT FOR E-PRESCRIBING (ELECTRONIC PRESCRIBING)

I have been made aware and understand that the medical practices and office may use an electronic prescription system which allows prescriptions and related information to be electronically sent between my provider and my pharmacy. I have been informed and understand my providers using the electronic prescribing system will be able to see information about medications I am already taking, including those prescribed by other providers. I give my consent to my provider to see this protected health information, prescribed by other providers.

CONSENT FOR VIRTUAL HEALTH/TELEMEDICINE SERVICES: I understand that "virtual health" or "telemedicine services" includes the practice of health care delivery, diagnosis, consultation, treatment, transfers of medical data, and education using interactive audio, video, or data communications when the health care provider and patient are not in the same physical location. The interactive electronic systems used for these services will incorporate network and software security protocols to protect the confidentiality of patient identification and imaging data and will include measures to safeguard the data to ensure its integrity against intentional or unintentional corruption. I or my authorized representative, hereby give consent to the medical practice/ physicians to engaging in "virtual health or telemedicine services, where available, as part of my treatment.

ADVANCE DIRECTIVE ACKNOWLEDGEMENT:

Federal law requires that patients be provided information about their rights to make advance health care decisions, including Living Will, Durable Medical Power of Attorney or designation of surrogate decision made for health care decisions. If you have already completed any of these documents, please inform your physician and/or the clinic.

Please check one:

- I have executed an advance directive and have supplied a copy to the Physician/Clinic.**
- I have executed an advance directive and have been requested to supply a copy to the Physician/Clinic.**
- I have reviewed the directives(s) on file with this Physician/Clinic and it is/they are my current directive(s).**
- I have not executed an advance directive; I have received information about advance directives from this Physician/Clinic.**

E-MAIL:

I hereby consent to provide my e-mail address, so the representatives from the Physician/Clinic can e-mail information to me about health education or disease prevention and up-to-date information about the Physician/Clinic, its affiliated physicians, and or services. I understand I will be able to change my preference at any time.

Cell Phones:

I hereby consent to provide my telephone number(s), so that representatives from the Physician/Clinic, can contact me in any manner including but not limited to by manually placing a call, by using an automatic telephone dialing system or an artificial or prerecorded voice, by texting, or e-mailing, regarding any matter, including but not limited to my medical treatment. Prescriptions, insurance eligibility, insurance coverage, scheduling, billing, or collection matters. This consent includes any updated or additional contact information that I may provide. I understand that I will be able to change my preference at any time.

General Consent for Tests, Treatment, and Services.

I have been informed of the treatment procedures considered necessary for me and that the treatment procedures will be directed by a physician or Advanced Practitioner, in accordance with state laws, scope of practice, and licensure of medical staff.

Notice of Privacy Practices:

Required pursuant to Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I acknowledge that I have received a copy of NCACA Clinic Notice of Privacy Practices. I hereby consent to the use of and disclosure of my protected health information, including information generated through virtual health/telemedicine services, as described in this Notice of Privacy Practices. Including treatment for mental health, drug and alcohol abuse, communicable diseases such as HIV/AIDS, developmental disabilities, and genetic testing. And other types of treatment received.

VIDEOTAPING/ RECORDING:

I understand and agree not to photograph, videotape, audiotape, record or otherwise capture imaging and sounds on any device. I also understand it is my responsibility to assure those accompanying me comply with this requirement.

NON-DISCRIMINATION: Navarro County Ambulatory Care Association complies with the state and federal anti-discrimination laws, including and without limitation:

Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, Americans with Disabilities Act of 1990, Age Discrimination Act of 1975, Education Amendments of 1972, and administrative rules for HHS agencies, as forth in the Texas Administrative Code (TAC).

Navarro County Ambulatory Care Association will not discriminate based on race, color, national origin, including Limited English Proficiency (LEP), Sex, Age, Religion, Disability, or Sex Orientation.

Inspection and copies of Protected Health Information: You have a right to a copy of this notice.

Our Promise to You:

You will not be penalized for filing a complaint. If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with this facility or the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint against the facility, contact the Facility Privacy Officer. All complaints must be in writing.

We are required by law and regulation to protect the privacy of your medical information, to provide you with this notice of privacy practices with respect to protected health information, and to abide by the terms of the notice of privacy practices in effect.

Questions and Contact Person for Requests:

If you have any questions or want to make a request pursuant to the rights described above, please contact:

Janquilyn Merida, DNP, APRN, FNP-C, Clinical Director
618 N Main St.
Corsicana, Texas 75110-3028
903-872-2151 or 903-874-6731

This Notice is effective April 14,2023



8.22.23

ASOCIACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL CONDADO DE NAVARRO

Dr. Kent E. Rogers

618 N Main St., Corsicana, Texas 75110-3028

903-874-6731 o 903-872-2151

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Sus derechos en virtud de la Ley de Portabilidad, Seguro y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996
(HIPAA)**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, léalo detenidamente.

Esta práctica utiliza y divulga su información de salud para el tratamiento y para obtener el pago del tratamiento, para fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que recibe.

Este aviso describe nuestras prácticas de privacidad. Podemos cambiar nuestras políticas y este aviso en cualquier momento y tener esas políticas revisadas se aplica a toda la información médica protegida que mantenemos.

Si cambiamos nuestro aviso, lo publicaremos en la oficina donde se pueda ver. Puede solicitar una copia impresa de este aviso, o cualquier aviso revisado, en cualquier momento (incluso si nos ha permitido comunicarnos con usted electrónicamente). Para obtener información sobre este Aviso, nuestras prácticas y políticas de privacidad, comuníquese con la persona que se indica a continuación

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Tratamiento:

Podemos usar y divulgar su información médica a las personas involucradas en su tratamiento. Por ejemplo, su atención puede requerir la participación de un especialista. Cuando lo remitamos a ese médico, le enviaremos parte o toda su información médica a ese médico para facilitar la prestación de la atención.

Pago:

Podemos usar y divulgar su información médica para facturar y cobrar el pago de los servicios que le brindamos. Por ejemplo, podemos completar un formulario de reclamo para obtener el pago de Medicare o Medicaid. Ese formulario contendrá información médica, como una descripción del servicio médico que se le brindó, su aseguradora debe aprobar el pago a nosotros.

Operaciones de atención médica:

Se nos permite usar o divulgar su información médica para operaciones de atención médica, que respaldan esta práctica y garantizan que se brinde atención de calidad.

Por ejemplo: Su información médica puede ser:

1. Revisado para evaluar el trato y los servicios realizados por nuestro personal en el cuidado de usted.
2. Divulgado a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de atención médica y otros agentes de la instalación con fines de revisión y aprendizaje.

Según lo exija la ley, su información médica se divulgará cuando así lo exijan las autoridades, leyes, normas y/o reglamentos federales, estatales o locales.

Hay situaciones en las que se nos permite divulgar o usar su información médica sin su autorización por escrito o sin la oportunidad de objetar. En otras situaciones, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información de salud identificable sobre usted. Si decide firmar una autorización para divulgar información, puede revocar posteriormente esa autorización, por escrito, para detener futuros usos y divulgaciones. Sin embargo, cualquier revocación no se aplicará a las divulgaciones o usos ya realizados o tomados en base a dicha autorización.

Procedimientos legales y aplicación de la ley:

Podemos divulgar su información médica durante procedimientos judiciales o administrativos en respuesta a una orden judicial (o a un responsable de la toma de decisiones administrativas) u otro proceso legal apropiado. Se deben cumplir ciertos requisitos antes de que se divulgue la información.

>La información se divulga de conformidad con un proceso legal, como una orden judicial, una citación y un proceso legal similar;

> Información solicitada para obtener información sobre una víctima real o presunta de un delito;

> La información se refiere a una persona que ha fallecido en circunstancias que pueden estar relacionadas con una conducta delictiva;

>La información se divulga debido a un delito que ha ocurrido en estas instalaciones; o

>Se divulga información para localizar a un fugitivo, una persona desaparecida o un sospechoso

También podemos divulgar información si creemos que la divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza inminente para la salud o la seguridad de una persona.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia, Protección del Presidente

Podemos divulgar su información médica para funciones gubernamentales especializadas, como la separación o la baja del servicio militar, solicitudes según sea necesario por parte de los oficiales de comando militar apropiados (si usted está en el ejército), actividades autorizadas de seguridad nacional e inteligencia, así como actividades autorizadas para la prestación de servicios de protección para el Presidente de los Estados Unidos. otros funcionarios gubernamentales autorizados, o jefes de estado extranjeros.

Para alertar de una amenaza grave para la salud o la seguridad:

Su información médica puede ser utilizada y divulgada cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad y a la del público o de otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, solo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Actividades de supervisión de la salud

Su información médica puede ser divulgada a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

DIVULGACIONES QUE SE PUEDEN HACER SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Hay situaciones en las que se nos permite divulgar o usar su información médica sin su autorización por escrito o sin la oportunidad de objetar. En otras situaciones, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información de salud identificable sobre usted. Si decide firmar una autorización para divulgar información, puede revocar posteriormente esa autorización, por escrito, para detener futuros usos y divulgaciones. Sin embargo, cualquier revocación no se aplicará a las divulgaciones o usos ya realizados o tomados en base a dicha autorización.

Compensación de Trabajadores:

Podemos divulgar su información médica según lo exijan las leyes específicas del estado con respecto a los reclamos de compensación para trabajadores.

Internos:

Si usted es un recluso o está bajo la custodia de las fuerzas del orden, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o oficial de la ley para brindarle atención médica a usted o a la salud y seguridad de otros.

Donación de órganos, médicos forenses, médicos forenses y directores de funerarias:

Su información médica puede ser divulgada a un médico forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar un persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Podemos divulgar información médica sobre los pacientes a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Riesgo para la salud pública, abuso y supervisión de la salud:

Su información médica puede ser utilizada y divulgada para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen las siguientes:

- > Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- > Para denunciar el abuso o negligencia de niños, ancianos o personas discapacitadas según lo exige la ley de Texas.
- > Notificar a una persona que pueda estar expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
- > Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia.

DERECHOS INDIVIDUALES EN VIRTUD DE LAS REGULACIONES DE PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO DE 1996 (HIPAA)

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos creó regulaciones destinadas a proteger la privacidad del paciente según lo requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Esas regulaciones crean varios privilegios que los pacientes pueden ejercer.

No tomaremos represalias contra un paciente que ejerza sus derechos de HIPAA.

Derechos del paciente con respecto a su información médica:

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones médicas sobre usted.

Todas las solicitudes deben presentarse por escrito. La HIPAA nos permite cobrar una tarifa razonable basada en el costo por todas las copias en papel.

Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en algunas circunstancias limitadas:

Resultados de laboratorio e información que se está cumpliendo para acciones legales bajo el privilegio abogado-cliente.

Si la divulgación de los registros pone en peligro la vida o la seguridad del paciente o de otra persona.

Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Este centro elegirá a otro profesional de la salud con licencia, que no sea la persona que rechazó la solicitud, para revisar su solicitud y la denegación.

Esta instalación cumplirá con el resultado de la revisión.

Restricciones solicitadas:

Puede solicitar que restrinjamos o limitemos la forma en que se usa o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No tenemos que estar de acuerdo con esta restricción, pero si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, excepto en circunstancias de emergencia.

Para solicitar una restricción, envíe lo siguiente por escrito: (a) La información que se restringirá, (b) qué tipo de restricción está solicitando (por ejemplo, sobre el uso de información, divulgación de información o ambos) y (c) a quién se aplicará el límite. Envíe la solicitud a la dirección y a la persona que figuran al final de este aviso.

También puede solicitar que limitemos la divulgación a miembros de la familia, otros parientes o amigos personales cercanos que puedan o no estar involucrados en su atención.

Usted tiene derecho a solicitar que un artículo o servicio de atención médica no se divulgue a su plan de atención médica para fines de pago, o operaciones de atención médica. Estamos obligados a cumplir con su solicitud si el servicio o servicio de atención médica se paga de su bolsillo y en su totalidad. Esta restricción no se aplica al uso o divulgación de su información de salud relacionada con su tratamiento médico.

Derecho de enmienda:

Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información.

Usted tiene derecho a solicitar una enmienda a la información mantenida por este centro. Excepto cuando las leyes estatales individuales son más estrictas. Este centro tiene un mínimo de 60 días (aproximadamente 2 meses) para actuar sobre su solicitud. Cualquier solicitud de este tipo debe hacerse por escrito a la persona que figura al final de este documento. Su solicitud debe ser por escrito, debe proporcionar una razón para respaldar la solicitud. Podemos negarnos a permitir una enmienda por las siguientes razones:

- Ø Su solicitud no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud.
- Ø la información médica es precisa y completa.
- Ø la información no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar.
- Ø > La información no fue creada por esta práctica ni por los médicos de esta práctica.

Incluso si nos negamos a permitir una modificación, se le permite incluir una declaración del paciente sobre la información en cuestión en su historia clínica. Si se permite o rechaza la enmienda, se le informará por escrito.

Recepción de comunicaciones confidenciales por medios alternativos:

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y otros beneficios

Es posible que nos comuniquemos con usted por teléfono, correo postal o correo electrónico para brindarle recordatorios de citas, información sobre alternativas u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Puede solicitar que le enviemos comunicaciones de información médica protegida por medios alternativos o a una ubicación alternativa.

Esta solicitud debe hacerse por escrito a la persona que figura al final de este aviso. Estamos obligados a atender solo una solicitud razonable. Especifique en su correspondencia exactamente cómo desea que nos comuniquemos con usted y, si nos indica que enviemos a un lugar en particular, proporciónenos la información de contacto / dirección.

NCACA proporciona materiales escritos/impresos en inglés/español. Ofrecemos intérpretes internos para Dominio Limitado del Inglés (LEP).

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO DE SALUD/PROMESA DE PAGO:

Por la presente asigno y autorizo el pago directo a la ASOCIACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL CONDADO DE NAVARRO todos los beneficios del seguro o

el producto de todas las reclamaciones presentadas en mi nombre. Si soy elegible para Medicare, solicito la asignación de pagos de Medicare para pagar a la NCACA

directamente por mis servicios. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por mi compañía de seguros.

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (EHR) y CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD:

Un registro de salud electrónico (EHR, por sus siglas en inglés) o a veces llamado registro médico electrónico, permite a los proveedores de atención médica registrar la información del paciente electrónicamente. Entiendo que los registros médicos electrónicos contienen información sobre mi salud de mis proveedores de atención médica pasados, actuales y futuros. Acepto que esta información de salud puede ser divulgada a través de la historia clínica electrónica del médico/clínica de salud o por otros medios (por ejemplo, fax, teléfono, correo electrónico o entrega en mano): a proveedores de atención médica pasados o actuales que me brindan atención; a la compañía de seguros de salud nombrada en mi historia clínica; y a cualquier otra persona nombrada en mi expediente médico que pague por mi tratamiento. Entiendo que estas personas tendrán acceso a toda mi información de salud en el registro médico, incluyendo; información sobre salud conductual y trastornos por consumo de sustancias, mi historial médico, diagnóstico, registros hospitalarios, información sobre consultas clínicas y médicas, medicamentos, tratamientos, alergias, pruebas de laboratorio que dan como resultado enfermedades reproductivas y de transmisión sexual. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento,

excepto si mi información de salud ya ha sido divulgada a alguien. Entiendo que puedo solicitar una lista de organizaciones de atención médica que han recibido mi información de salud. Este consentimiento expirará un año después de mi muerte.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA (PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA):

Se me ha informado y entiendo que los consultorios médicos y el consultorio pueden usar un sistema de recetas electrónicas que permite que las recetas y la información relacionada se envíen electrónicamente entre mi proveedor y mi farmacia. He sido informado y entiendo a mis proveedores. Al usar el sistema de recetas electrónicas podrá ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluidos los recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a mi proveedor para ver esta información médica protegida, recetada por otros proveedores.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS VIRTUALES DE SALUD/TELEMEDICINA:

Entiendo que los "servicios de salud virtual" o "telemedicina" incluyen la práctica de la prestación de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, las transferencias de datos médicos y la educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos cuando el proveedor de atención médica y el paciente no se encuentran en la misma ubicación física. Los sistemas electrónicos interactivos utilizados para estos servicios incorporarán protocolos de seguridad de redes y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imágenes de los pacientes e incluirán medidas para salvaguardar los datos a fin de garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Yo o mi representante autorizado, por la presente doy mi consentimiento a la práctica médica / médicos para participar en "servicios de salud virtual o telemedicina, cuando estén disponibles, como parte de mi tratamiento.

RECONOCIMIENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS:

La ley federal requiere que los pacientes reciban información sobre sus derechos para tomar decisiones anticipadas sobre la atención médica, incluido el testamento vital, el poder notarial médico duradero o la designación de la decisión sustituta tomada para las decisiones de atención médica. Si ya ha completado alguno de estos documentos, informe a su médico y/o a la clínica.

Por favor, marque uno:

He ejecutado una directiva anticipada y he proporcionado una copia al Médico/Clinica.

He ejecutado una directiva anticipada y se me ha solicitado que proporcione una copia al Médico/Clinica.

He revisado la(s) directiva(s) registrada(s) con este Médico/Clinica y son/son mi(s) directiva(s) actual(es).

No he ejecutado una directiva anticipada; He recibido información sobre las directivas anticipadas de este médico/clínica.

CORREO ELECTRÓNICO:

Por la presente doy mi consentimiento para proporcionar mi dirección de correo electrónico, para que los representantes del Médico/Clinica puedan enviarme información por correo electrónico sobre educación para la salud o prevención de enfermedades e información actualizada sobre el Médico/Clinica, sus médicos afiliados y/o servicios. Entiendo que podré cambiar mi preferencia en cualquier momento.

Teléfonos celulares:

Por la presente doy mi consentimiento para proporcionar mi(s) número(s) de teléfono, para que los representantes del Médico/Clinica puedan comunicarse conmigo de cualquier manera, incluida, entre otras, realizar una llamada manualmente, usar un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada, enviar mensajes de texto o correos electrónicos, con respecto a cualquier asunto, incluido, entre otros, mi tratamiento médico. Medicamentos recetados, elegibilidad para el seguro, cobertura de seguro, programación, facturación o asuntos de cobro. Este consentimiento incluye cualquier información de contacto actualizada o adicional que pueda probar. Entiendo que podré cambiar mi preferencia en cualquier momento.

Consentimiento general para pruebas, tratamientos y servicios:

Se me ha informado de los procedimientos de tratamiento que se consideran necesarios para mí y que los procedimientos de tratamiento serán dirigidos por un médico

o Practicante Avanzado, de acuerdo con las leyes estatales, el alcance de la práctica y la licencia del personal médico.

Aviso de Prácticas de Privacidad:

Requerido de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), reconozco que he recibido una copia de la NCACA

Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica. Por la presente, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida, incluida la información generada a través de servicios virtuales de salud/telemedicina, como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Incluyendo el tratamiento para la salud mental, el abuso de drogas y alcohol, las enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, las discapacidades del desarrollo y las pruebas genéticas. Y otros tipos de tratamientos recibidos.

Grabación de vídeo/grabación

Entiendo y acepto no fotografiar, grabar en video, grabar en audio, grabar o capturar imágenes y sonidos en ningún dispositivo. También entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que los acompañantes cumplan con este requisito.

NO DISCRIMINACIÓN:

Navarro County Ambulatory Care Association cumple con las leyes estatales y federales contra la discriminación, que incluyen, entre otras:

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, las Enmiendas a la Educación de 1972 y las normas administrativas para las agencias del HHS, según lo establecido en el Código Administrativo de Texas (TAC).

La Asociación de Atención Ambulatoria del Condado de Navarro no discriminará por motivos de raza, color, origen nacional, incluido el dominio limitado del inglés (LEP), sexo, edad, religión, discapacidad u orientación sexual.

Inspección y copias de la información médica protegida: Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso.

Nuestra promesa para usted:

No se le penalizará por presentar una queja. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja contra el centro, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad del centro. Todas las quejas deben hacerse por escrito.

Estamos obligados por ley y regulación a proteger la privacidad de su información médica, para proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y cumplir con los términos del aviso de prácticas de privacidad vigentes.

Preguntas y persona de contacto para solicitudes:

Si tiene alguna pregunta o desea realizar una solicitud de conformidad con los derechos descritos anteriormente, póngase en contacto con:

Janquilyn Mérida, FNP, Directora Clínica

618 N Main St.

Corsicana, Texas 75110-3028

Revisado 08/2023

