



1. PATIENTS' RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

2. NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

1. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

2. AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

1. CREOLE

2. CREOLE

PATIENTS' RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

PATIENTS' RIGHTS

You have the right to:

1. Be treated with dignity, respect and supported on your decision.
2. Participate in all aspects of your care, including refusing or limiting care.
3. Expect that your cultural, psychosocial and personal values will be respected.
4. Make informed decisions.
5. Privacy and confidentiality of all patient information.
6. Expect that you and your caregivers will be taught how to manage your pain.
7. Participate voluntarily in any research and educational projects.
8. Receive assistance in establishing an advance directive or appointing a healthcare surrogate.
9. Impartial access to care, regardless of race, national origin, religion, age, creed, sex, disability or sources of payment.
10. Full knowledge of your rights and responsibilities in receiving healthcare.
11. Be referred to patient advocate if you have a conflict with our healthcare organization,
12. Entitled to full financial information relating to your care.
13. Know the identity and professional status of all healthcare workers.

PATIENTS' RESPONSIBILITIES

In order to receive optimal care, you and your family are responsible to:

1. Seek clarification when necessary to fully understand your health problems and the proposed plan of action.
2. Provide information for insurance claims and work with this healthcare facility to make payment arrangements when necessary.
3. Provide accurate information about your present illness, medications, past medical history, including hospitalizations and any unexpected changes in your condition.
4. Follow through on your agreed plan of care, including keeping your appointments. If that's not possible, cancel at least 24 hours in advance.
5. Follow the rules and regulations of this healthcare facility.
6. Consider the rights of others.
7. Respect the property of the healthcare facility, including the building, furnishings and grounds.

8. Provide complete and accurate information about your identity, demographics, income, insurance and answer other reasonable questions that will assist that will assist the Center in providing appropriate care and obtaining payment. This includes This includes reviewing and signing all necessary consents, financial agreements, or other documents required by the healthcare facility.

CONFLICTS

Conflicts arising between healthcare team members and/or patients are reported to the Center Patient Advocate. If the Patient Advocate is not available, the department manager is contacted. Unresolved conflicts are reported to the Chief Operating Officer for appropriate action.

PATIENT CONCERNS

If an individual has concerns about patient care and safety in our organization that the organization has not addressed, you are encouraged to contact CHS Management. If the concerns can not be resolved through the organization, you are then encouraged to contact the Joint Commission, Office of Quality Monitoring. Concerns or complaints about a Joint Commission - Accredited Health Care Organization can be registered by calling 1-800-994-6610 or emailing complaint@jcaho.org.

CENTER'S RULES AND REGULATIONS

1. Everyone must wear shoes and shirts while on the Center property.
 2. Please respect the designated areas for food, drinks, smoking, and parking. Cars illegally parked or abandoned will be ticketed or towed at the owner's expense.
 3. There will be no alcohol, drugs, and/or weapons permitted on the premises. Patients who arrive at the Center under the influence and do not require urgent care will be asked to leave. If they refuse, the Sheriff's Department will be contacted for assistance.
 4. Parents are asked to supervise their children, both inside and outside the facility. Parents will be held responsible for the actions of their children.
 5. Hostility - We are here to assist you. If you are angry, please do not take it out on our staff. Discuss your concerns with the appropriate person.
 6. Financial arrangements must be made at the time of service.
 7. Appropriate conduct is expected by all the patients and visitors at all times. Threatening, violent, abusive, disruptive or loud behaviors are inappropriate. The Center reserves the right to ask you and your family/guest(s) to leave or have you from the property.
-

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

DERECHOS DE LOS PACIENTE

Usted tiene el derecho a:

1. Ser tratado con dignidad respeto, y ser apoyado en su decisión.
2. Participar en todos los aspectos de su cuidado incluyendo rechazar o limitar su cuidado (tratamiento).
3. Esperar que su cultura y valores físico-sociales y personales sean respetados.
4. Hacer decisiones informadas.
5. Privacidad y confidencialidad de toda su información como paciente.
6. Esperar, si Ud. tiene dolor, que UD. o las personas quienes le cuidens, sean enseñadas como manejar su dolor.
7. Participación voluntaria en cualquier investigación y proyecto educacional.
8. Recibir asistencia para establecer una decisión anticipada o designar a un delegado para el cuidado de su salud.
9. Acceso imparcial para su cuidado, sin importar su raza, origen de nacionalidad, religión, edad, credo, sexo, impedimentos, o fuentes de pago.
10. Absoluto conocimiento de sus derechos y responsabilidades al recibir sus cuidados de salud.
11. Ser referido a un mediador de los pacientes si usted tiene un conflicto con nuestra organización del cuidado de su salud.
12. Tiene derecho a que se le informe totalmente la situación financiera relacionada con el cuidado de su salud.
13. Conocer la identidad y profesionalismo de todos los que participan en su cuidados de salud.

RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

En orden de recibir el optimo cuidado, usted y su familia son responsables de:

1. Buscar aclaración cuando sea necesario para comprender totalmente sus problemas de salud y el plan de acción propuesto.
2. Proveer información correcta para la reclarnación de los seguros y trabajar junto con el centro de salud para los arreglos del pago cuando sean necesarios.
3. Proveer información correcta acerca de su enfermedad, medicinas, historias médicas pasadas, incluyendo hospitalización y cualquier cambio inesperado en su condición.
4. Seguir el plan indicado para el cuidado de su salud, incluyendo el mantener sus citas. Si no es posible hacerlo, cancelar su cita 24 horas por adelantado.

5. Tiene que seguir las reglas y regulaciones de este centro del cuidado de la salud.
6. Considerar los derechos de otros.
7. Respetar la propiedad del centro del cuidado de la salud, incluyendo el edificio, muebles, y alrededores.
8. Proveer información completa y correcta acerca de su identidad, salario, seguros, y responder a otras preguntas razonables que asistan al centro en darle los cuidados apropiados y obtener el pago por los mismos. Esto incluye el revisar y firmar todos los consentimientos necesarios, arreglos de pago, u otros documentos requeridos por el centro del cuidado de su salud.

CONFLICTS

Conflictos que se presenten entre miembros del equipo del cuidado de la salud y/o pacientes deben ser reportados al Mediador del Centro. Si el Mediador del Centro no está disponible, se debe poner en contacto con el gerente del departamento para resolver el conflicto.

Los conflictos que no se puedan resolver deben de reportarse al Director Principal de Operaciones del Centro para tomar la acción necesaria.

REGLAS Y REGULACIONES DEL CENTRO

1. Todos deben de usar zapatos y camisas mientras se encuentren en la propiedad del Centro.
2. Por favor respete las áreas designadas para comer, beber, fumar, y donde estacionar el carro. Carros ilegalmente estacionados ó abandonados serán multados ó llevados afuera a costa de los dueños.
3. No se permite alcohol, drogas, y/ó armas (blanca ó de fuego) dentro de la propiedad del centro. Los pacientes que lleguen al centro bajo la influencia de alcohol ó drogas y no requieren atención urgente, se les pedirá que se retiren. Si ellos se negaran a irse, el departamento del Sheriff será llamado para asistencia.
4. Los padres tienen que supervisar sus hijos, adentro y afuera del edificio. Los padres serán responsables por las acciones de sus hijos.
5. Hostilidad. Nosotros estamos aquí para ayudarlo, si usted está enojado por favor, no se desquite con nuestro personal. Discuta su problema con la persona apropiada.
6. Arreglos de pago sobre su cuenta deben ser hechos en el momento que usted recibe el servicio.
7. Conducta apropiada se espera de todos los pacientes ó visitantes en todo momento. Amenazas, violencia, abuso, destrucción, ó escándalo son comportamientos inaceptables e impropios. El centro tiene el derecho de pedirle a usted y a su familia ó invitado que se vaya ó de removerlo(a) de la propiedad, por las autoridades.

DWA AK RESPONSABLITE

DWA PASYIAN

1. Ou gen dwa pou yo tréte-w ak diyité, respè é pou yo sipoté desizyon-w.
2. Pou patisipé nan tout fason ke yap ba-w swen.
3. Se pou yo respekté vale pèsonèl -ou, vale kiltirèl ak psikososyal ou.
4. Désidé daprè Jan ké-w enfōme.
5. Tout entòmasyon sou pasyian fèt pou privé ó konfidansyèl.
6. Si-w vie ou gen dwa patisipé nan nenpot pwojéd ki gen pou wè ak ed gen pou we ak edikasyon.
7. Ou gen dwa pou yo édé-w fé plan davans osinon édé-w jewnn yon moun pran chay keksyon lasanté-w.
8. Ou fèt pou jewnn swen lasanté san pati pri, kelke swa ras ou, péyi kote-w soti, relijyon, laj, lwayans, fi oubraj, lwayans, fi oubyen gason, andikapéé pou sevis yo.
9. Ou dwé konnen tout dwa ak responsblité ou genyen nan zafó resevwn nan zate resevwa swen lasanté.
10. Si-w pa dakò ak yon bagay kap fè nan òganizasyon kap ba-w swen lasanté an sé pou yo fè-w we ak avoka pasyian yo.
11. Ou gen dwa pou yo ba-w tout enfòmasyon sou lajan ki pral depansijan ki pral depanse pou yo pran swen-w.
12. Ou dwé idantifyè travayè lasanté yo é chèché konnen pwofesyon yo.

RESPONSABILITÉ PASYIAN YO

Pou kapab resevwa pi bon swen, ou menm ak fanmi ou responsab:

1. Chèché eklè sisman lè sa nésésè pou konprann trè byen pwoblèrn santé-w ak plan daksyon yo mete devoyion yo meté devan-w.
2. Bay enfòmasyon sou asirans ou épi édé klinik la touché nan men yoniche nan men yo lé sa nésé sè.
3. Bay bon jan enfòmasyon sou maladi ke-w genyen koulie-a, sou medikaman-w, maladi ou té pasé anvan, lé entèné lopital ak nenpòt chanjman ki fet sou ou.
4. Swiv trètrnan ki prepare poman pou ou-st ou dako épi vini nan tout randévous yo.
5. Swiv loua ak régléman klinik la.
6. Konsidere doua lot yo.
7. Respekté pwopriété klinikle la kay la, mèb akté yo.
8. Bay bon jan enfòmasyon pou idantifié-w fè konnen koté-w sòti, kote-w rété, kantité lajan-w fè, ki asirans ou elpi, ki asirans ou elpi réponn tout késyion rezonab ki pou edeezonab édé sant la ba-w bon jan swen é touché lajar

pou sa. Sé pou reapasé épi siyen tout knosant man ki nésésè, papyiè pou péyé ak tout lòt dokiman ké snat la sçvi.

MALANTAN

Dézagréman

Dézaqréman man mitan manb ekip kap bay swen lasanté ak pasyian yo fèt pou rapôté bay avoka pasyian yo Paul Midney. Si avoka pasyian yo pa prezan, nou dwé kontaké manadjé depatman an. Tout dézagréman ki pa ka jwenn solisyion fèt pou rapôté bay ofisyleopérasyon an chef la pou-l pran aksyon ki nésésè.

LWAAK REGLEMANSANT LA

1. Tout moun dwé mété soulylé ak chemiz pandan yo sou pwopriete sant lan.
2. Sil vou plè, respekté zôn ke yo bay pou manjé, bwè, fimen ak paké. Machinn ki mal paké osinon abandoné ap pran tikè oubyen toré é sé mèt yo kap péyé.
3. Nou pap pèmèt dròg, aklo ak zam sou pwopriété nou. Pou pasyian ki vini nan sant lan awèk pwodi sa yo nan kèò yo, nap rélé depatman sheriff pou asistans.
4. Nou mande paran yo pou sivéyé pitit yo ni anndan ni deyô sant lan. Paran yo ap responsab pou tout aksyon pitit yo.
5. Derespektan - Nou la pou ba-w asistans. Si-w faché, pa pasé-l sou anploiyé nou yo. Diskité pwoblem ou yo ak moun ki konsèné.
6. Ou doue fè aranjman pou pèyè bil menm lè ou jwenn sèyis.
7. Tou pasyian ak vizitè doué gen bòn kondwit touttan. Nou pap aksepté menas, violans, abi oubyen pale fò. Sant la gen doua mandé ou menm ak tout fanmi-w pou sòti osinon mété-w døyô sou pwopriété-a.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU MAY GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE READ IT CAREFULLY.

CHS is dedicated to protecting your medical information. We are required by law to maintain the privacy of protected health information and to provide you with this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. CHS is required by law to abide by the terms of this Notice.

HOW YOUR MEDICAL INFORMATION WILL BE USED AND DISCLOSED:

The following describes how CHS may use your protected health information for treatment, payment or health care operations.

Treatment.

- CHS may use health information about you to provide you with health care treatment or services. CHS may disclose health information about you to doctors, nurses, or other essential personnel who are involved in your care. For example, our office may disclose health information about you to a specialist who has been asked to provide a consultation regarding your care.

Payment.

- CHS may use and disclose health information about you to receive payment for services provided to you. For example, our office may disclose certain information to your health insurance provider in order to receive payment for services provided to you. Under Florida law we must obtain your written consent in order to submit claims for services provided to you. While we do not condition treatment on your signing of our general consent form, failure to sign may force us to decline you as a new patient or discontinue you as an active patient.

Health Care Operations.

- CHS may use and disclose health information about you for operational purposes related to our office. For example, our office may use or disclose information about you for certain peer review activities. Such activities are confidential and are designed to allow our office to continue to provide a high quality of care.

We may also use and/or disclose your information in accordance with federal and state laws for the following purposes:

Appointment Reminders.

- We may contact you to remind you of your appointment.

Treatment Information.

- We may contact you with information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

Fund Raising.

- We may contact you to raise funds for CHS.

Disclosure to Department of Health and Human Services.

- We may disclose medical information when required by the United States Department of Health and Human Services as part of an investigation or determination of our compliance with relevant laws.

Family and Friends.

- Unless you object, we may disclose your medical information to immediate family members, or other relatives or close personal friends, as authorized by you, when the medical information is directly relevant to that person's involvement with your care.

Notification.

- Unless you object, we may use or disclose your medical information to notify a family member, a personal representative or another person responsible for your care of your location, general condition or death.

Disaster Relief.

- We may disclose your medical information to a public or private entity, such as the American Red Cross, for the purpose of coordinating with that entity to assist in disaster relief efforts.

Health Oversight Activities.

- We may disclose your medical information to a health oversight agency for oversight activities authorized law, including audits, investigations, inspections, licensure or disciplinary actions, administrative and/or legal proceedings.

Abuse or Neglect.

- We may disclose your medical information when it concerns abuse, neglect or violence to you in accordance with federal and state law.

Judicial and Administrative Proceedings.

- We may disclose your medical information in the course of certain judicial or administrative proceedings and as required by law.

Law Enforcement.

- We may disclose your medical information for certain law enforcement purposes as required by law.

Specialized Government Functions.

- We may disclose your medical information as required by law for certain specialized government functions, including: certain military and veterans activities; national security and intelligence activities; protective services for the President and others; and correctional institution and law enforcement custodial situations.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.

- We may disclose your medical information to a coroner, medical examiner or a funeral director.

Organ Donation.

- If you are an organ donor, we may disclose your medical information to an organ donation and procurement organization.

Research.

- We may use or disclose your medical information for certain research purposes if an Institutional Review Board or a privacy board has altered or waived individual authorization, the review is preparatory to research or the research is on only decedent's information.

Public Health Activities.

- We may use or disclose your medical information for public health activities, including the reporting of disease, injury, vital events and the conduct of public health surveillance, investigation and/or intervention.

Public Safety.

- We may use or disclose your medical information to prevent or lessen a serious threat to the health or safety of another person or to the public.

Workers' Compensation.

- We may disclose your medical information as authorized by laws relating to workers' compensation or similar programs.

Business Associates.

- We may disclose your health information to a business associate with whom we contract to provide services on our behalf. To protect your health information, we require our business associates to appropriately safeguard the health information of our patients.

MINIMUM NECESSARY/INCIDENTAL DISCLOSURES and SUPERCONFIDENTIAL INFORMATION

Our staff will not use or disclose your medical information unless it is necessary to perform their jobs. In other words access to your medical information will be based on a need to know. When your medical or payment information is disclosed, only the necessary amount of medical or other information needed to accomplish the recipient's lawful purpose will be disclosed. Additionally, while using or disclosing your confidential information we will take every reasonable step to prevent such information from inadvertently disclosed. Finally, we will follow both state and federal laws related to the use and disclosure of super-confidential information such as HIV/AIDS, alcohol/substance abuse and mental health records.

AUTHORIZATIONS and CONSENTS:

We will not use or disclose your medical information for any other purpose, other than treatment, payment or health care operations without your written authorization. Once given, you may revoke your authorization in writing at any time. To request a Revocation of Authorization form, you may contact the office's Privacy Contact, (inquire at the Registration Desk). Additionally, at the time of your first office visit you will be asked to sign a general consent/records release. This consent is required under Florida law in order for our office to submit claims and other information needed to receive payment for services rendered to you or your family.

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR MEDICAL INFORMATION:

You have the following rights with respect to your medical information:

- You may ask us to restrict certain uses and disclosures of your medical information. We are not required to agree to your request, but if we do, we will honor it.
- You have the right to receive communications from us in a confidential manner.
- Generally you may inspect and obtain a copy of your medical records. This right is subject to certain specific exceptions, and you may be charged a reasonable fee for any copies of your records.
- You may ask us to amend your medical information. We may deny your request for certain specific reasons. If we deny your request, we will provide you with a written explanation for the denial and information regarding further rights you may have at that point.
- You have the right to receive an accounting of the disclosures of your medical information made by CHS during the last six years (following April 14, 2003), except for disclosures for treatment, payment or healthcare operations, disclosures which you authorized and certain other specific disclosure types.
- If you received this Notice electronically, you may request a paper copy of this Notice of Privacy Practices for Protected Health Information.
- You have the right to complain to us and/or to the United States Department of Health and Human Services if you believe that we have violated your privacy rights. If you choose to file a complaint, you will not be retaliated against in any way. To complain to us, please inquire at the Registration Desk, (you will be directed to our Privacy Officer).

To file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services you must submit your complaint, in writing, within 180 days of the alleged violation to:

Region IV, Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services Atlanta
Federal Center, Suite 3870
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Voice Phone (404) 562-7886
Fax (404) 562-7881
TDD (404) 331-2867

If you would like further information regarding your or regarding the uses and disclosures of your medical information, you may contact:

THIS NOTICE IS EFFECTIVE AS OF APRIL 14, 2003 REVISION OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

We reserve the right to change the terms of this Notice, any revision applicable to all the protected health information we maintain. If we revise the terms of this Notice, we will post a revised notice at CHS and will make paper copies of the revised Notice of Privacy Practices available upon request.

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU Información MEDICA Y LA MANERA EN QUE UD. PUEDE OBTENER ESTA Información.

Par favor lea este aviso con cuidado.

CHS esta dedicada a proteger su información medica. Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y protección de la información de su salud y proveerle este Aviso de nuestra obligación legal y practicas con respecto a esta información. La Ley requiere que CHS este obligada a mantener los términos de este

COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA.

Esta es la descripción como CHS puede usar la información protegida de su salud para tratamiento, pago, o las operaciones del cuidado de su salud.

Tratamiento

- CHS puede usar la información de su salud para proveerle servicios o tratamientos de salud. CHS puede revelar información sobre su salud a otros médicos, enfermeras y otros empleados que están a cargo de su cuidado. Por ejemplo, nuestra oficina puede pasar información sobre su salud a otros especialistas para una consulta médica.

Pago

- CHS puede revelar información sobre su salud para recibir pago por los servicios que Ud ha recibido. Por ejemplo, nuestra oficina puede revelar cierta información a la oficina que le provee seguro de salud, para recibir pagos por los servicios que se le han proveído. Bajo la Ley de Florida, tenemos que obtener su permiso escrito para someter reclamos por los servicios que Ud ha recibido. Mientras CHS no le obliga a firmar nuestro formulario como condición para proveerle tratamiento, si Ud. se niega a firmar los formularios podría obligarnos a tratarlo como a paciente nuevo, o parar su tratamiento como paciente activo.

Operaciones de Cuidado de Salud

- CHS puede usar y revelar ó de su salud para propósitos funcionales relacionados con nuestra oficina. Por ejemplo: nuestra oficina puede usar y revelar información para ciertas actividades de revisión médica. Estas actividades son confidenciales y estan designadas para permitirnos continuar proveyendo cuidado de alta calidad.

Nosotros también podemos usar y/o revelar su información de acuerdo con las leyes federales y estatales para los siguientes propósitos:

Recuerdos de Citas

- Nosotros podemos comunicarnos con Ud para recordarles de su cita medica.

Información de Tratamiento Medico

- Nosotros podemos comunicarnos con Ud acerca de otras alternativas de tratamiento medico y otros beneficios y servicios relacionados a su salud que puede ser de interés para Ud.

Recaudación de Fondos

- Podríamos comunicarnos con Ud. para recaudar fondos para CHS.

Revelación al Departamento de Salud y Servicios Humanos

- Podemos revelar información médica cuando el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos lo requiera, como parte de una investigación o para determinar nuestro cumplimiento de las leyes relevantes.

Familia y Amigos

- A menos que Ud se oponga, podemos revelar su información medica a miembros inmediatos de su familia. familiares o amigos personales, autorizado por Ud., cuando la información medica es relevante directamente ala cooperación de esa persona con su cuidado.

Notificación

- A menos que Ud. se oponga, podemos notificar a un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, su información medica, donde se encuentra Ud, su condición general o muerte.

Alivio durante Desastres

- Podemos revelar su información medica a una entidad o privada, como la Cruz Roja Americana, para el propósito de coordinar con esa entidad asistencia en esfuerzos para aliviar desastres.

Ornslon de Actividades Médicas

- Podemos revelar su información medica a una agencia de omisión de actividades medicas autorizadas por la Ley, incluyendo auditorias, investigaciones. inspecciones, licencias o acciones disciplinarlas, administrativas y/o de procedimientos legales.

Abuso y Negligencia

- Podemos revelar su información medica cuando se refiere a abuse, negligencia o violencia a Ud, de acuerdo a las leyes federales y del estado.

Procedimientos Judiciales y Administrativos

- Podemos revelar su información médica en el curso de ciertos procedimientos judiciales o administrativos requeridos por la Ley.

Refuerzo Legal

- Podemos revelar su información médica para ciertos propósitos legales requeridos por la Ley.

Funciones Gubernamentales Especializadas

- Podemos revelar su información médica, requerido por la Ley, para ciertas funciones especializadas de gobierno, incluyendo: ciertas actividades militares y de veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia, servicios de protección para el Presidente y otros, e instituciones correccionales, refuerzos legales y situaciones legales de custodia.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos, y Directores Funerarios

- Podemos revelar su información médica a un médico forense, examinadores médicos o a un director de funeraria.

Donación de Órganos

- Si Ud es un donante de órganos, podemos revelar su información médica a una organización que dona y provee órganos.

Investigación

- Podemos usar o revelar su información médica para ciertos propósitos de investigación, si la Junta de Revisiones Institucionales o una junta privada ha alterado o renunciado su autorización individual, la revisión es preparatoria a la investigación, o si la investigación es solo en la información del difunto.

Investigaciones de Salud Pública

- Podemos usar o revelar su información médica para actividades de salud pública, incluyendo el informe de enfermedades, lesiones, eventos vitales y la vigilancia de salud pública, investigación y/o intervención.

Seguridad Pública

- Podemos usar o revelar su información médica para prevenir o disminuir una amenaza seria a la salud o seguridad de otra persona o del público.

Compensación de Trabajadores

- Podemos revelar su información médica, con autorización legal, referente a la compensación de trabajadores o programas similares.

Asociados Profesionales

- Podemos revelar su información médica a asociados profesionales con quienes tenemos contratos para proveerle servicios por cuenta nuestra. Para proteger su información médica, requerimos que nuestros asociados profesionales protejan la información médica de nuestros pacientes.

MINIMO NECESARIO/REVELACION INCIDENTAL Y /E INFORMACIÓN SUPER CONFIDENCIAL

Nuestro personal no va a usar o revelar su información médica a no ser que sea necesario para cumplir su trabajo. En otras palabras, acceso a su información médica será basada solo en la necesidad del recipiente de conocer esta información. Cuando su información médica o de pagos se revele, solamente la información médica necesaria para cumplir los propósitos legales será revelada. Así mismo, mientras se use o se revele su información confidencial, nosotros tomaremos todas las precauciones necesarias para prevenir que esta información sea inadvertidamente revelada. Finalmente, nosotros seguiremos las leyes federales y del estado relacionadas al uso y revelación de información súperconfidencial, tal como HIV/AIDS alcohol/sustancias de abuso y records de salud mental.

Autorización y Consentimiento

Nosotros no usarernos o revelaremos su información médica para ningún otro propósito, a no ser tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud sin su autorización. Una vez que Ud nos haya autorizado, puede revocar esta autorización, por escrito, cualquier momento. Para pedir el formulario de Revocación de Autorización, Ud puede ponerse en contacto con la oficina de Contactos de Privacidad (Privacy Contact), (Pregunte en Registración). Así mismo, durante su visita a nuestra oficina, le van a pedir que firme una autorización general de consentimiento para revelar la información de sus records. Este consentimiento es requerido por la ley de Florida para que nuestra oficina presente facturas y otra información necesaria para recibir pagos por los servicios prestados a Ud o a su familia. Sus Derechos Referentes a su Información Médica amerpest@aol.com

Ud tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica.

- Puede pedirnos restricción de ciertos usos o revelaciones de su información médica. No estamos requeridos a estar de acuerdo con su pedido, pero si lo hacemos, vamos a respetar su pedido.
- Ud tiene el derecho de recibir informaciones enviadas por nuestra oficina en forma confidencial.
- Generalmente Ud puede inspeccionar y copiar su información médica. Este derecho está sujeto a ciertas excepciones específicas, y tal vez se le va a cobrar una cantidad razonable por las copias de sus records.

- Ud nos puede pedir que reformemos su información medica. Nosotros podemos negar su pedido por ciertas razones especificas. Si le negamos su pedido, le proveeremos con una explicación escrita e información referente a otros derechos que Ud tenga sobre este punto.
- Ud tiene el derecho de recibir una lista de las revelaciones de su información medica hecha por CHS durante los ultimos 6 años (despues del 14 de Abril de 2003), excepto por revelaciones de tratamiento, pagos, u operaciones de mantenimiento de su salud, revelaciones que Ud autorizo y algunas otras de tipo especifico.
- Si Ud recibe este aviso electrónicamente, Ud puede pedir una copia en papel de este AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD PARA PROTEGER LA INFORMACIÓN MEDICA.
- Ud tiene el derecho de quejarse a nosotros o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si Ud cree que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad. Si Ud elijio presentar su queja, Ud no va a ser penalizado de ninguna manera. Para presentarnos su queja, Ud debe informarse en la Sala de Registro (Le van a dirigir al Oficial de Privacidad).

Para presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Ud debe presentar su queja, por escrito, dentro de 180 dias de la supuesta violación a:

Region IV, Office for Civil Rights
 U.S. Department of Health and Human Services,
 Atlanta Federal Center, Suite 3B70,
 61 Forsyth Street, SW. Atlanta, GA 30303-8909
 Voice Phone (404) 562-7886
 FAX (404) 562-7881
 TDD (404) 331-2867

Si Ud desea mas información con respecto a sus derechos o el uso y revelacion de su información medica, Ud puede ponerse en contacto con:

ESTE AVISO ES EFECTIVO A PARTIR DEL
 14 de abril de 2003

Revisión del Aviso de Practicas de Privacidad.

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso, haciendo cualquier revision aplicable a toda la información de protección de salud que nosotros mantenemos.

Si revisamos los términos de este Aviso, vamos a poner el Aviso revisado en CHS e imprimiremos copias de este Aviso de Practicas de Privacidad, disponibles a su pedido.

CHS HEALTHCARE SITES

GOLDEN GATE DENTAL PRACTICE

5038 Coronado Parkway • Naples, FL 34116
(239) 348-8040

HORIZONS PRIMARY CARE CENTER

1755 Heritage Trail, Suite 604 • Naples, FL 34119
(239) 353-4101

IMMOKALEE FAMILY CARE CENTER

1502 Lake Trafford Road • Immokalee, FL 34142
(239) 657-6363

MARION E. FETHER MEDICAL CENTER

1454 Madison Avenue • Immokalee, FL 34142
(239) 658-3000

NORTH NAPLES CENTER FOR WOMEN'S HEALTH

1284 Creekside St. Ste 101 • Naples, FL 34108-1949
(239) 566-1991

CENTRAL NAPLES PEDIATRICS

3425 10th Street North • Naples, FL 34103
(239) 262-3669

EAST NAPLES PEDIATRICS

1755 Heritage Trail, Suite 601 • Naples, FL 34119
(239) 775-2220

GOLDEN GATE PEDIATRICS

5034 Coronado Parkway • Naples, FL 34116
(239) 455-5105

MARION E. FETHER PEDIATRICS

1454 Madison Avenue • Immokalee, FL 34142
(239) 658-3000

MARCO ISLAND PEDIATRICS

40 Heathwood Drive • Marco Island, FL 34145
(239) 394-0693

CREEKSIDE PEDIATRICS

1284 Creekside St. Ste 107 • Naples, FL 34108
(239) 591-1755