



Nombre del paciente _____ Sexo / F ___ M ___

Fecha de Nacimiento _____ Nombre de los Padres o Tutores legales _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Numero de Telefono/ Casa _____ Celular _____ Correo Electronico _____

Persona (s) autorizadas para recibir información médica:

Nombre _____ Relación con el paciente _____ Telefono _____

El paciente puede irse a casa con _____ Relacion con el paciente _____ Tel. _____

Autorización para Tratar

Yo autorizo el tratamiento de mi hijo (a) para todos los Servicios de Terapia proporcionados por Feltz.

Seguro Médico y Autorización

Compania de Aseguranza es _____ Poliza # _____ Grupo # _____

Persona Asegurada _____ Fecha de Nacimiento _____ Empleador _____

Poliza Medica Adicional _____ Poliza # _____ Grupo # _____

Persona Asegurada _____ Fecha de Nacimiento _____ Empleador _____

*Si hay algun cambio con mi Seguro medico, entiendo que necesito notificar a Los Servicios de Terapia de Feltz, LLC. antes de que mi hijo/a reciba los servicios. **También entiendo que Los Servicios de Terapia de Feltz LLC, necesita información verídica y actualizada del Seguro Medico para poder facturar cualquier servicio proporcionado. De no ser así, yo podría ser financieramente responsable por cualquier cargo.** (Solo aplica para niños **NO** asegurados por TEIS)*

Autorización para Compartir Informacion

-Por medio de este documento, Autorizo a Los Servicios de Terapia Feltz LLC, a compartir informacion medica: diagnóstico, tratamientos, o documentacion medica relacionada con la terapia de mi hijo (a) con pagadores terceros.

-Autorizo a Los Servicios de Terapia de Feltz, a contactarme por medio de cualquier via de comunicacion mencionada anteriormente.

-Entiendo que Los Servicios de Terapia Feltz es un centro educativo donde estudiantes pueden observar y / o participar en el tratamiento, a menos que se haya enviado una solicitud por escrito a nuestra oficina. Entiendo que mi hijo(a) puede recibir terapia en una sala común mientras que otros pacientes / padres pueden estar presentes y se pudiera discutir temas relacionados con la terapia.

Autorización de pago

*-Autorizo que Los Servicios de Terapia de Feltz, le cobre a mis Seguros Medicos cualquier tratamiento y que obtenga los beneficios del Seguro y los pagos directamente. Si la compañía de seguro me paga por cualquier tratamiento a mi directamente, entiendo que necesito pagar a Feltz, por toda la reclamación, mas deducibles, co-pagos, y co-seguros. (Solo aplica para niños **NO** asegurados por TEIS)*

-Entiendo que la clínica de los servicios de la terapia de Feltz es un lugar instructivo. Los estudiantes se pueden observar o participar en el tratamiento, sino que a la oficina le mandara una solicitud.

He recibido una verificación de mis beneficios de seguro y acepto la responsabilidad por los cargos que no sean pagados por mi/s compañía de seguro (sólo aplica a los niños que no están asegurados por TEIS).

He leído, comprendido y estoy de acuerdo con toda la información en este documento, incluyendo Autorización para tratar, Autorización para Compartir Informacion y Autorización de pago.

Acuse de Recibo de **Practicas de Privacidad, Derechos al Paciente y Autorizacion para Tratar**

Nombre del Paciente

Fecha

Firma de Padres/Tutores Legales

Fecha



La política de asistencia

*** Por favor, lea cada número inicial y firme abajo ***

La terapia es un servicio médico ordenado por su doctor y se debe seguir la frecuencia recomendada semanal o mensual. Su asistencia a cada cita es vital para el progreso de su hijo(a). Consistencia es necesaria para lograr los objetivos establecidos. Debido a que nuestros terapeutas tienen todos sus espacios reservados y hay una lista de espera para nuestros servicios, hemos implementado la siguiente política de asistencia.

___ 1) Si tiene que cancelar una cita, contacte a nuestra oficina **antes de las 24 horas del tiempo de la cita programada. Si el padre / tutor no contacta a FTS, se considera un "no show" (no presente) y usted será responsable de pagar una cuota de \$ 25.00.** Tenga en cuenta: **Si su hijo está recibiendo más de una terapia (es decir: OT, PT, o ST) en el mismo día y no avisa a ambas terapeutas, se le cobrará \$ 25 por cada sesión de terapia perdida.** Pacientes de TEIS/ Por favor poner atención a #3.

___ 2) Si fallan en llegar a tres citas consecutivas, sin cancelar, serán responsables para una cuota de \$75.00. Se le notificará por escrito que **su hijo ha sido dado de alta de la terapia.** El médico de su hijo también será notificado de que los servicios se han suspendido debido a la falta de consistencia.

___ 3) **Las políticas de TEIS y Medicaid** no permiten la facturación de cargos por no presentarse. Sin embargo, todas las demás reglas dentro de la política de asistencia se aplican a su hijo. FTS está obligado a notificar al coordinador de su caso con TEIS si una familia pierde dos citas consecutivas o tres citas en un corto período de tiempo. Su coordinador de servicios se pondrá en contacto con usted en relación con las ausencias y discutirá posibles soluciones.

___ 4) Si su hijo va a llegar más de 15 minutos tarde a su programada sesión de una hora, o 10 minutos tarde a su programada sesión de 30 minutos, por favor, contacte al personal de FTS y dejeles saber. Si no se comunica con FTS, **su terapia podría ser cancelada** y dada por "no Show". También es posible que el terapeuta asignado no pueda mantener la cita de su niño(a) por conflictos ajenos. (Lluvia, mal tiempo, tráfico, etc) otro terapeuta podría ocupar su lugar por ese día, o su terapia podría ser cancelada.

___ 5) Su hijo(a) **podría perder el horario asignado a sus citas, si persiste la tardanza o cae por debajo de un 80% de asistencia.** El terapeuta puede colocar a su hijo en el Programa FIT. FIT consiste en que usted solo podrá asistir a terapias, en los días en que su terapeuta tenga cancelaciones, o espacios abiertos. No se le considera un espacio asignado. Sus citas serán en diferentes días, y a diferentes horas. Su hijo(a) También podría ser puesto en una lista de espera, o le daremos de alta. También entendemos que las situaciones de emergencia fuera de su control no serán consideradas cancelaciones. Por favor comuníquese con nuestro personal cuando surgen situaciones no previstas, aunque su cita ya haya pasado.

___ 6) Si su hijo ha sido dado de alta del tratamiento debido a su inconsistencia y **desea reanudar los servicios de terapia, todos los cargos pendientes deben ser pagados en su totalidad** y podría ser agregado a la lista de espera. No le podemos garantizar: el terapeuta, el día ni la hora original.

El nombre del niño

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Clinica Smyrna

1173 Rock Springs Road,
Suite 105
Smyrna, TN 37167
615.220.5796, Ext. 6

Clinica Spring Hill

2206 Spedale Court, #5
Spring Hill, TN 37174
615.302.2122, Ext. 7

Clinica Murfreesboro

230 Stones River Mall Blvd,
Suite D
Murfreesboro, TN 37129
615.900.1202, Ext. 5

Clinica Goodlettsville

110 Glancy Street,
Suite 109
Goodlettsville, TN 37072
615.900.1202, Ext. 8

Feltz Therapy Services, LLC
Política Financiera del Paciente

Como un proveedor de servicio medico nuestra oficina entiende que tú, como padre o guardián, tienes muchas opciones de proveedores y estamos satisfechos que elegiste nuestra oficina para la atención médica de tu niño(a). Estamos comprometidos a proporcionar servicios de calidad superior a su hijo(a). Con este compromiso creemos que una comprensión clara de nuestra política financiera es imperativa.

La política financiera de Feltz Therapy Services es lo siguiente: _____
Inicial

- Es necesario que presentes una tarjeta actual de seguro.
- Todos los deducibles, copagos, coseguros, y balances estimados del paciente son debidos a la facturación del paciente. Es la política de tu compañía de seguros, y de nuestra oficina, que todos los copagos esten pagados a la hora del servicio.
- Una tarjeta de crédito tiene que estar en nuestros archivos para todos los pacientes que reciben servicios afuera del sitio.
- Si un balance del paciente ocurre despues de la facturación del seguro, un estado de cuenta será mandado al paciente. Los pagos del saldo deben recibirse al llegar el recibo para mantener su cuenta en buen estado.
- Ninguna cuenta con balances de mas de \$250 pueden recibir servicios hasta que un arreglo escrito para pagos sea hecho con la especialista en cuentas de pagos. El minimo de 25% de la facture original pendiente tiene que ser pagado cada mes.
- Un aviso de 24 horas es necesario para cancelar o reprogramar cualquier cita. Una cuota de \$25 para una falta o una cancelacion tardía será evaluada cuando ningun aviso previo es recibido. Faltas excesivas resultaran en terminación de servicios.

Apéndices de ABA: _____
Inicial

- Una tarjeta de crédito tiene que estar en nuestros archivos para todos los servicios de ABA.
- Evaluaciones de ABA necesitan la mitad de la cuota total de la evaluación antes de los servicios.
- Acuerdos de pago para servicios continuos pueden ser hechos con nuestro Departamento de facturación. Si no puede pagar los servicios en su totalidad, se deben establecer arreglos de pago por escrito. La cantidad de pagos se determinará sobre varios factores como la cantidad de deducibles, cantidad de meses que quedan en un año, etc.

Compañías de seguros comerciales: Nosotros facturamos a la mayoría de las compañías de seguro por los pacientes si el papeleo es proporcionado a nosotros. Cualquier saldo pendiente, copagos y deducibles se deben pagar antes de registrarse a la cita de su niño(a). Como el acuerdo con las compañías de seguro es privado, nosotros no investigamos por qué una compañía de seguros no ha pagado o por qué pagó menos de lo anticipado para los servicios. Es su responsabilidad de entender sus beneficios del seguro. Si no está seguro si un servicio o tratamiento es cubierto, tiene que contactar a su compañía de seguros. Si una compañía de seguro no ha pagado dentro de los 60 días posterior a la facturación, el padre o guardian será facturado por los servicios en su totalidad que se debe tan pronto como llegue el recibo. **Tu eres responsable por los cargos que no ha pagado su compañía de seguros (no incluiremos ningún reclamo rechazado o un reclamo no pagado en su totalidad). Si un reclamo es rechazado, necesitará contactar a su compañía de seguros para discutir el rechazo o como fue procesado el reclamo. Si una apelación necesita ser archivado, el padre será responsable en archivar la apelación y todos los cargos se harán en su totalidad. Los cargos no serán suspendidos cuando una apelación esta siendo evaluada. Si la apelación es aprobada y los beneficios son pagados, se emitirá el reembolso al paciente.** _____
Inicial

Si elige negar acceso a su seguro, tiene que firmar un acuerdo que va a ser archivado en el historial del paciente. _____
Inicial

Metodos de Pago: Nuestra oficina acepta cheques, MasterCard, Visa, y Care Credit. Los pagos con tarjeta de crédito se pueden realizar a través del telefono. Un cargo de NSF de \$35.00 será hecho por todos los cheques devueltos. Un pago en efectivo o con tarjeta de credito para cubrir el cheque devuelto más el cargo de NSF tiene que ser pagado dentro de dos semanas o el cheque devuelto sera reportado al fiscal de distrito local. _____
Inicial

Cualquier paciente con un saldo pendiente, sin un plan de pago escrito, o si un plan escrito ha sido violado y tiene más de 60 días de atraso, recibirá un aviso de terminación de su relación de atención medica con Feltz Therapy Services, LLC. Esta terminación será por romper el acuerdo profesional por las obligaciones financieras que no han sido cumplidas. Terminación de la relación será hecha dentro de los 30 días despues del aviso. El pago de la cuenta en su totalidad o acuerdos de pago escritos con el especialista en cuentas del paciente puede anular esa terminación. _____
Inicial

Si los servicios no han sido pagados, el paciente tiene que entender que nuestra oficina reporta a una agencia de cobranza externa. En la ocación que su cuenta sea entregada a una agencia de cobranza, el paciente está de acuerdo que tiene que pagar tarifas adicionales a las que se accede en el cobro de la deuda. Estas tarifas incluyen gastos de la agencia de cobranza y los gastos de un abogado.

El padre o guardian es responsable de todos los cargos de los servicios.

Yo he leído , entiendo, y estoy de acuerdo con la politica financiera de Feltz Therapy Services, LLC.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del padre/guardian: _____ Fecha: _____

Feltz Therapy Services, LLC (Servicios de Terapias Feltz)

AVISO DE PRACTICA DE CONFIDENCIALIDAD HIPAA

Durante muchos años, ha sido la misión de Feltz Therapy Services, LLC (Servicios de Terapia Feltz) ofrecerle a usted y a su familia la más alta calidad de servicios sanitarios y servicios relacionados con la salud. Estamos comprometidos a hacer todo lo posible por proteger la privacidad y confidencialidad con su información de salud. De acuerdo con ley federal promulgada recientemente, nos complace presentar nuestro Aviso de Privacidad al cliente. Creemos que este anuncio le ayudará a comprender nuestras obligaciones y compromisos con respecto a su privacidad, así como sus derechos en relación a su información médica. Como siempre, damos la bienvenida a cualquier comentario o sugerencia que usted pueda tener con respecto a nuestra práctica.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE NUESTROS PACIENTES PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA DETALLADAMENTE.

HIPAA-Regulación de privacidad (Health Insurance Portability and Accountability Act): Es una ley federal que establece normas acerca de quienes pueden ver y recibir información sobre su salud. Esta ley de los derechos con respecto a la información sobre su salud y sobre cuando puede compartirse dicha información. También exige que sus médicos, farmacéuticos, terapeutas, y demás proveedores de atención médica, así como también su plan de salud, le explique sus derechos y la manera en que su información de salud puede utilizarse o compartirse.

La Regulación Federal requiere que proporcionemos una copia por escrito sobre nuestra prácticas y política de privacidad. Sin embargo entendemos que este documento es extenso y por lo mismo le proporcionamos un número de contacto al final del Aviso, en caso que usted tenga cualquier pregunta al respecto.

- **NUESTRO COMPROMISO PROTEGIENDO SU INFORMACION DE SALUD**

Este aviso describe las formas en que Servicios de Terapia Feltz, LLC y sus entidades de propiedad pueden usar y divulgar información sobre la salud, (historia clínica) de nuestros pacientes. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos requiere que las organizaciones de atención a la salud protejan la privacidad de su información médica, la cual identifica a un paciente o donde la información puede ser utilizada razonablemente para identificar a un paciente. En virtud del reglamento esta información se denomina "Información protegida de salud" y se le refiere como "PHI." Este Aviso además describe sus derechos en virtud del presente reglamento y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su "PHI". Como proveedores de servicios sanitarios la ley nos obliga a:

- Mantener la privacidad de la información de nuestros pacientes completamente confidencial;
- Dar a nuestros pacientes o a sus tutores legales este Aviso con nuestros deberes legales y nuestra práctica de privacidad con respecto a su PHI (Información protegida de salud);
- Cumplir con los términos de nuestro Aviso de Prácticas de privacidad, las cuales se encuentra en efecto actualmente.

Nos reservamos el derecho a hacer cambios a este aviso y de hacer que esos cambios sean efectivos para toda la PHI que podamos tener actualmente sobre nuestros pacientes. Si este aviso es cambiado, y cuando cuyos cambios sean efectivos, le enviaremos una copia y mantendremos una copia en un lugar destacado en nuestras oficinas, así como en nuestra página web. También se le proporcionará una copia de la nota revisada a partir de su petición a nuestro Gerente de Oficina.

- FELTZ THERAPY SERVICES, LLC PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SOBRE SUS PACIENTES.

En virtud de este reglamento, podemos utilizar y divulgar su información de salud para el tratamiento, pago y operaciones relacionadas con el cuidado de su Salud.

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras que podemos utilizar y divulgar su PHI para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de su salud. Los ejemplos de cada categoría no tienen todo incluido y no constituyen una lista completa de todos los usos y divulgaciones de cada categoría.

Tratamiento: Podemos utilizar y divulgar la PHI de nuestros pacientes para ofrecer servicios de salud, coordinar servicios con otras instituciones medicas, o gestionar cuidado de salud para nuestros pacientes y otros servicios medicos relacionados. Podemos consultar con otros proveedores de cuidados de la salud (médicos, enfermeras, instalaciones de laboratorio, hospitales, etc) en relación con el tratamiento y coordinar y gestionar asistencia medica para nuestros pacientes. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su PHI cuando un paciente necesita aparatos ortopédicos u otros servicios de atención de la salud. Además, podemos utilizar o revelar su PHI cuando referimos a nuestros pacientes, a otro proveedor y le enviamos informacion sobre su tratamiento actual.

Su información confidencial puede ser enviada para el tratamiento con otro proveedor de cuidado de salud. Por ejemplo, podemos enviar un informe de ee.uu. a un médico que le remitamos para que el otro médico puede realizar correctamente su tratamiento teniendo en cuenta su historia clinica. No se nos exige en determinadas circunstancias, obtener una autorización escrita de nuestros pacientes para llevar a cabo el tratamiento de la atención al paciente.

Pago: Facturación a compañías de seguros para recibir pago en nombre del paciente es un beneficio para el paciente. Para llevar a cabo este beneficio al paciente podemos utilizar y divulgar su PHI para que podamos facturar y recaudar pagos por el tratamiento y los servicios prestados. Esto puede incluir la información sobre el tratamiento o servicios con su plan de salud antes de que el servicio(s) sean recibidos. Por ejemplo, es posible que le solicitemos autorización de pago de su plan de salud antes de prestar atención o servicios. Para ayudarle a entender el monto que debe de cubrir de su bolsillo, podemos utilizar o revelar su PHI para determinar si su plan de salud se hará cargo de los gastos de la asistencia sanitaria y de los servicios prestados. Podemos utilizar y divulgar su PHI para facturación, gestión de reclamaciones, y actividades de recolección. Podemos revelar su PHI a las compañías de seguros o terceros administradores con cobertura adicional. También podemos revelar PHI limitada a agencias de informes de crédito relacionadas con la recolección de pagos que nos adeuda.

Podemos revelar su PHI con otro proveedor de atención médica o con otra empresa o el plan de salud para cumplir con la Regla de Privacidad de HIPAA para el pago de asistencia médica, de la empresa, o el

plan de salud. Por ejemplo, podemos utilizar un proveedor de servicios médicos y esa entidad puede requerir su PHI para facturar el servicio adecuadamente a su plan de salud.

Operaciones de Atención a la Salud: Los proveedores de atención de la Salud pueden utilizar y divulgar su PHI para llevar a cabo las actividades empresariales que se conocen como operaciones de cuidados de la salud. Las operaciones de atención a la Salud nos permiten mejorar la calidad de los cuidados que proporcionamos y ayuda a reducir costos de la atención a la salud. Las operaciones de atención de la Salud pueden incluir los siguientes:

Calidad de Servicios:

Podemos utilizar su PHI para:

- Identificar formas de mejorar la calidad, la eficiencia y el costo de la atención que prestamos a nuestros pacientes.
- Revisar y evaluar las aptitudes y las calificaciones y el rendimiento de los proveedores de atención de salud cuando están prestando servicios o cuidado a nuestros pacientes.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan la calidad de los servicios que brindamos.
- Ofrecer programas de capacitación para estudiantes de medicina, proveedores de atención a la salud, o no-profesionales de la salud, (por ejemplo: podemos utilizar sus notas de visitas de terapias para entrenar al personal de facturación a cómo utilizar los códigos de servicios) para ayudar a mejorar sus habilidades.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan, certifican o procesan las licencias de los proveedores de atención de salud o el personal.

Alternativas de tratamiento:

Podemos utilizar su PHI para identificar los grupos de pacientes con problemas de salud similares y darles información sobre alternativas de tratamiento, programas especiales o clases educativas.

Operaciones de Empresa y Planificación:

- Podemos utilizar el PHI de nuestros pacientes para cooperar con organizaciones que revisan nuestra actividad. Por ejemplo, médicos, contadores, abogados y otros profesionales que nos ayudan a cumplir con la ley y la gestión de nuestra empresa, pudieran revisar su información médica protegida.
- Asistir a Feltz Therapy Services, LLC en hacer decisiones de planificación estratégica.
- Resolución de Reclamaciones dentro de nuestra organización.
- Planificación y desarrollo empresarial.
- Gestión de la empresa y las actividades administrativas generales de nuestra práctica.
- Podemos utilizar su PHI para "identificar" información que no es encontrada en cualquier persona. Esto significa que toda la información de identificación acerca de usted sería retirada pero usada como recurso.

Comunicación de Nuestra Oficina

Podemos ponernos en contacto con usted para recordarle sus citas y para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud que pueden ser de interés para usted.

Otros Usos y Revelaciones

Tal como lo exige la ley. Podemos utilizar y divulgar su PHI cuando sea necesario por ley federal, estatal o local. La revelación está limitada a los requerimientos de la ley.

Las Actividades de Salud Pública. Ley Federal y estatal requiere revelaciones de su PHI a las autoridades de salud pública o su designado para llevar a cabo ciertas actividades relacionadas con la salud pública, entre las que se incluyen:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- Informes de enfermedad, lesión, el nacimiento o la muerte;
- Informes de maltrato o descuido de niños;
- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible con el fin de controlar quién puede estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad;
- Informes de reacción a medicamentos o problemas con productos o dispositivos relacionados con la Administración de Alimentos y Fármacos que está relacionada con la calidad, seguridad o eficacia de los productos regulados por la FDA (Departamento de Administración de Alimentos y Drogas);
- Informes a los empleadores, en circunstancias limitadas, información relacionada con las lesiones o enfermedad, o en el lugar de trabajo o de vigilancia médica.

Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica. Podemos revelar su PHI en determinados casos, a autoridades gubernamentales adecuadas, si creemos razonablemente que un paciente ha sido víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia.

Actividades de Supervisión. Podemos revelar su PHI a una agencia de vigilancia de la salud para actividades que incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y actividades multidisciplinarias y otras actividades llevadas a cabo para supervisar el sistema de atención de la salud, los programas gubernamentales de atención de la salud, y el cumplimiento de ciertas leyes.

Demandas y Otros Procedimientos Judiciales. Nosotros podemos usar o divulgar cuando sea necesario por un tribunal, o en respuesta a citaciones, requerimientos judiciales u otros procesos legales cuando se han hecho esfuerzos para informarle de la solicitud o para obtener una orden para proteger la información solicitada.

Aplicación de la Ley. En ciertas circunstancias podemos revelar su PHI a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con los siguientes fines:

- En ciertas circunstancias limitadas, sobre una presunta víctima de un delito si no podemos obtener un acuerdo porque la persona esta incapacitada o ha tenido una emergencia;

- Para alertar a las autoridades de una muerte, que se sospecha fue el resultado de una conducta delictiva;
- Cuando sea necesario por la ley;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Para dar información a las autoridades acerca de un delito o sospecha de un crimen cometido en nuestra oficina

Jueces de Instrucción, Médicos Forenses o Directores de Funerarias. Podemos revelar su PHI a un médico forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de una muerte. También podemos revelar a los directores de funerales, conforme a lo autorizado por la ley, para que puedan realizar su trabajo.

Donación de Organos y Tejidos. Si un paciente es un donante de órganos, podemos utilizar y divulgar su PHI a organizaciones que ayudan a adquirir y localizar órganos para trasplantes a fin de facilitar un órgano, ojo, donación o trasplante.

Investigación. Podemos utilizar y divulgar el PHI de nuestros pacientes para fines de investigación bajo determinadas circunstancias.

Evitar una Amenaza Grave para la Salud o la Seguridad. Podemos utilizar o revelar su PHI en circunstancias limitadas cuando esto sea necesario para prevenir una amenaza a la salud o la seguridad de cualquier persona o paciente. La divulgación de su información sólo puede hacerse si la persona está en peligro y cuya información puede ayudar a prevenir la amenaza.

Funciones Especiales del Gobierno. En ciertas circunstancias podemos revelar su PHI:

- Para ciertas actividades militares y veteranos, incluyendo la determinación de la elegibilidad para los veteranos en beneficios de los veteranos y cuando se considere necesario, por las autoridades del comando militar;
- Para ayudar a proporcionar servicios de protección para el presidente y su personal;
- Para la salud y la seguridad de los reclusos y trabajadores en las instituciones penitenciarias. Y para el cumplimiento de la ley en situaciones relacionadas con la seguridad y la salud en instalaciones correccionales.

Requerido por Regla de Privacidad de HIPAA. Estamos obligados a revelar su PHI a la Secretaría de los Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando sea solicitado por el Secretario para revisar nuestro cumplimiento con la regla de privacidad HIPAA.

Remuneración de los Trabajadores. Podemos revelar su PHI según lo autorizado por las leyes de indemnización para trabajadores u otros programas similares que proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

• DERECHOS DE LOS PACIENTES SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Bajo la ley federal, los pacientes o sus representantes legales tienen los siguientes derechos con respecto a su PHI:

Derecho a Inspeccionar y Copiar la Información. Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir copias de cualquier información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre atención médica. Generalmente, esto incluye expedientes médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar la información médica que puede utilizarse, para tomar decisiones sobre el tratamiento y la atención, usted debe someter su solicitud por escrito a Feltz Therapy Services, LLC. Si usted solicita una copia de la información, es posible que le cobremos por los costos de copiado, envío de correo u otros suministros relacionados con su solicitud.

En circunstancias muy limitadas se le puede negar su solicitud de inspeccionar y copiar su información. Si se le niega el acceso a la información médica, usted puede solicitar que se revise la negación. Feltz Therapy Services, LLC tiene un procedimiento en el que un profesional al cuidado de la salud revisará su solicitud y la negación. La persona encargada de la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a Enmendar. Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted o su hijo(a) es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que enmendemos la información. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe ser hecha por escrito y enviada a una de nuestras oficinas. Usted debe proporcionar una razón que apoye su solicitud.

Se le puede negar su petición de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón que apoye la solicitud. Podemos además negar su solicitud si usted nos pide enmendar información que:

- No creamos verídica;
- No es parte de la información médica mantenida por Feltz Therapy Services, LLC;
- No es parte de la información que se le permite inspeccionar y copiar; o
- La información que se ha solicitado modificar, es exacta a la información que tenemos.

Derecho a una contabilidad de las divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una "contabilidad de accesos"; esta es una lista de las revelaciones que se han hecho de la información médica acerca de usted o su(s) hijo(s). Nosotros no estamos obligados a rendir cuentas de las divulgaciones hechas por tratamiento, pago, operaciones de cuidados de su salud, las revelaciones a usted, o revelaciones hechas a través de una autorización por escrito.

Para solicitar esta lista, usted debe presentar su solicitud por escrito a Feltz Therapy Services, LLC. Su solicitud debe indicar el período de tiempo, que no podrá ser de más de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, podemos cobrarle por el costo de proporcionar la lista. Nosotros le notificaremos del costo y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o divulgamos acerca de usted o su hijo(a) para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de su salud. Usted tiene el derecho de solicitar un límite en la información

médica que divulguemos a alguien que esté involucrado en su cuidado o personas responsables del pago para su cuidado, como un miembro de la familia o un amigo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo con su restricción, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia.

Para solicitar una restricción, usted debe hacer su solicitud por escrito al Departamento de Divulgación de Información de Feltz Therapy Services, LLC. En su solicitud, usted debe decirnos qué información desea limitar, si usted quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y a quién desea que se apliquen los límites.

Nota: Feltz Therapy Services, LLC deberá responder a la solicitud por escrito para una restricción solicitada por escrito, a más tardar sesenta días de recibida dicha solicitud. Solo a las restricciones pedidas por escrito, se les dará una respuesta de la decisión que se aplicará.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Ejemplo, usted puede pedir que solamente nos pongamos en contacto con usted por correo electrónico.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito a Feltz Therapy Services, LLC departamento de divulgación de información. No le pediremos el motivo de su solicitud. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

Nota: Feltz Therapy Services, LLC le comunicará por escrito si se determina su petición no razonable.

La persona designada para el cumplimiento de la nueva normativa oficial designada por Feltz Therapy Services, LLC es Vicki Haddock, Gerente de la Oficina. No dude en ponerse en contacto con ella con preguntas o inquietudes acerca de esta política. Su número de contacto es 615-220-5796.

Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor póngase en contacto con nuestro gerente de oficina en el número que aparece arriba. Investigaremos cualquier queja razonable haremos todo lo posible por resolver su queja siempre protegiendo sus derechos. En determinadas circunstancias, nuestro Director de Oficina podrá solicitar que usted envíe su queja por escrito. Además, usted puede presentar una queja con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Feltz Therapy Services, LLC no tomara represalias, o política retributiva por la elaboración de informes o denuncias. Ninguna persona que presente una queja será sancionado.

• OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Usos y divulgaciones que no están cubiertos por esta notificación se llevarán a cabo únicamente con su permiso por escrito. Si usted nos da permiso para usar o revelar información médica acerca de usted o su hijo(a), usted podrá revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no podremos usar o divulgar su información médica. Usted entiende que no podemos hacer nada al respecto con la información que ha sido anteriormente divulgada. Además, de retener su información en nuestros registros por ley.

Cargue la versión más actualizada de su tarjeta de seguro.