



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La comunicación de información sobre la atención sanitaria desempeña un papel esencial para garantizar que las personas reciban una atención sanitaria rápida y eficaz. Debido a la naturaleza de estas comunicaciones y a los diversos entornos en los que las personas reciben atención médica, existe la posibilidad de que la información de salud de una persona se divulgue de manera incidental. La Regla de Privacidad de HIPAA permite que ocurran ciertos usos o divulgaciones incidentales de información de salud protegida cuando el proveedor cuenta con salvaguardas razonables y políticas y procedimientos mínimos necesarios para proteger la privacidad de una persona.

Women's Health Associates of Southern Nevada entiende que puede haber ocasiones en las que un paciente necesite hablar sobre su información de salud protegida por teléfono. Como medida de seguridad razonable, se le exige personalmente que seleccione una contraseña para su información médica protegida. Se le pedirá que proporcione la contraseña antes de discutir cualquier parte de su información de salud protegida con nuestro personal por teléfono. En caso de que necesite que un familiar o amigo se comuniquen con nuestra oficina para hablar sobre su información de salud protegida, necesitarán esta contraseña.

Es muy importante que mantengas la integridad de tu contraseña. En caso de que le preocupe haber compartido su contraseña inadvertidamente, comuníquese con nuestra oficina de inmediato para comenzar el proceso de cambio de su contraseña.

Mi contraseña seleccionada personalmente para hablar sobre cualquier información de salud protegida por teléfono es:

(La contraseña debe tener menos de 20 caracteres)

Entiendo que solo puedo cambiar mi contraseña en persona o a través de un enlace seguro enviado a mi teléfono. Además, entiendo que es mi responsabilidad mantener la integridad de mi contraseña seleccionada personalmente. Autorizo la divulgación de mi información médica protegida de la manera mencionada anteriormente.

Nombre del paciente

Paciente/Agente de Atención Médica/Tutor/Familiar

____/____/____
Fecha de Firma