

PATIENT'S BILL OF RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Section 381.026 Florida Statutes

A PATIENT HAS THE RIGHT TO:

- Be treated with courtesy and respect, with appreciation of his/her dignity, and with protection of privacy.
- Receive a prompt and reasonable response to questions and requests.
- Know who is providing medical services and is responsible for his/her care.
- Know what patient support services are available, including if an interpreter is available if the patient does not speak English.
- Know what rules and regulations apply to his/her conduct.
- Be given by the health care provider information such as diagnosis, planned course of treatment, alternatives, risks, and prognosis.
- Refuse any treatment, except as otherwise provided by law.
- Be given full information and necessary counseling on the availability of known financial resources for care.
- Know whether the health care provider or facility accepts the Medicare assignment rate, if the patient is covered by Medicare.
- Receive prior to treatment, a reasonable estimate of charges for medical care.
- Receive a copy of an understandable itemized bill and, if requested, to have the charges explained.
- Receive medical treatment or accommodations, regardless of race, national origin, religion, handicap, or source of payment.
- Receive treatment for any emergency medical condition that will deteriorate from failure to provide treatment.
- Know if medical treatment is for purposes of experimental research and to give his/her consent or refusal to participate in such research.
- Express complaints regarding any violation of his/her rights.

A PATIENT IS RESPONSIBLE FOR:

- Giving the health care provider accurate information about present complaints, past illnesses, hospitalizations, medications, and any other information about his/her health.
- Reporting unexpected changes in his/her condition to the health care provider.
- Reporting to the health care provider whether he/she understands a planned course of action and what is expected of him/her.
- Following the treatment plan recommended by the health care provider.
- Keeping appointments and, when unable to do so, notifying the health care provider or facility.
- His/her actions if treatment is refused or if the patient does not follow the health care provider's instructions.
- Making sure financial responsibilities are carried out.
- Following health care facility conduct rules and regulation.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Sección 381.026 De Los Estatutos De La Florida

El Paciente Tiene Derecho A:

- Que se le trate con cortesía y respeto, honrando su dignidad, y que se proteja su vida privada.
- Que se le dé una respuesta pronta y razonable a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién le proporciona los servicios médicos y es responsable de su cuidado.
- Saber qué servicios de apoyo del paciente están disponibles, incluso si hay disponible un intérprete si el paciente no habla inglés.
- Saber qué reglas y normas aplican a su conducta.
- Que el proveedor de atención médica le proporcione información tal como el diagnóstico, plan de tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico.
- Rehusar cualquier tratamiento, excepto cuando de otro modo lo disponga la ley.
- Que le den la información completa y el asesoramiento necesario respecto a la disponibilidad de todos los recursos financieros conocidos para la atención médica.
- Saber, si el paciente está cubierto por Medicare, si el proveedor o la institución de atención médica acepta la tarifa asignada de Medicare.
- Recibir, antes del tratamiento, un estimado razonable de los cargos por la atención médica.
- Recibir una copia de la factura detallada y fácil de entender y, si se solicita, que se le expliquen los cargos.
- Tratamiento y alojamiento médicos, independientemente de la raza, origen nacional, religión, impedimento o fuente de pago.
- Tratamiento de cualquier condición médica de emergencia que pudiera empeorar si no se recibe tratamiento.
- Saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y dar su consentimiento o rehusar participar en tal investigación.
- Expresar sus quejas con respecto a cualquier violación de sus derechos, tal como aparece en las leyes de la Florida, a través del proceso de quejas del proveedor de cuidados de salud o del lugar que proveyó esos cuidados y con la agencia del estado que expide las licencias apropiadas.

El Paciente Tiene La Responsabilidad De:

- Proporcionarle al proveedor de atención médica información exacta sobre dolencias actuales, enfermedades previas, hospitalizaciones, medicamentos y cualquier otra información acerca de su salud.
- Informarle al proveedor de atención médica sobre cambios inesperados en su estado de salud.
- Hacerle saber al proveedor de atención médica si el paciente entiende el plan de tratamiento y lo que el proveedor espera de dicho paciente.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica.
- Asistir a las citas médicas y, cuando no pueda asistir, notificar al proveedor o la institución de atención médica.
- Sus propias acciones, si rehúsa el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
- Cerciorarse de cumplir con sus responsabilidades financieras.
- Seguir las reglas y normas de conducta de la institución de atención médica.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective Date 09/23/2013 Publication Date 09/23/2013

How We May Use or Disclose Protected Health Information

Following are examples of uses and disclosures of your protected health information that we are permitted to make. These examples are not meant to be exhaustive, but to describe possible types of uses and disclosures.

Treatment

We may use and disclose your PHI to provide, coordinate, or manage your healthcare and any related services. This includes the coordination or management of your healthcare with a third party that is involved in your care and treatment. For example, we would disclose your PHI, as necessary, to a pharmacy that would fill your prescriptions. We will also disclose PHI to other Healthcare Providers who may be involved in your care and treatment.

Special Notices

We may use or disclose your PHI, as necessary, to contact you to remind you of your appointment. We may contact you by phone or other means to provide results from exams or tests and to provide information that describes or recommends treatment alternatives regarding your care. Also, we may contact you to provide information about health-related benefits and services offered by our office, for fund-raising activities, or with respect to a group health plan, to disclose information to the health plan sponsor. You will have the right to opt out of such special notices, and each such notice will include instructions for opting out.

Payment

Your PHI will be used, as needed, to obtain payment for your healthcare services. This may include certain activities that your health insurance plan may undertake before it approves or pays for the healthcare services we recommend for you such as, making a determination of eligibility or coverage for insurance benefits.

Healthcare Operations

We may use or disclose, as needed, your PHI in order to support the business activities of our practice. This includes, but is not limited to business planning and development, quality assessment and improvement, medical review, legal services, auditing functions and patient safety activities.

Health Information Organization

The practice may elect to use a health information organization, or other such organization to facilitate the electronic exchange of information for the purposes of treatment, payment, or healthcare operations.

To Others Involved In Your Healthcare

Unless you object, we may disclose to a member of your family, a relative, a close friend or any other person, that you identify, your PHI that directly relates to that person's involvement in your healthcare. If you are unable to agree or object to such a disclosure, we may disclose such information as necessary if we determine that it is in your best interest based on our professional judgment. We may use or disclose PHI to notify or assist in notifying a family member, personal representative or any other person that is responsible for your care, of your general condition or death. If you are not present or able to agree or object to the use or disclosure of the PHI, then your healthcare provider may, using professional judgment, determine whether the disclosure is in your best interest. In this case, only the PHI that is necessary will be disclosed.

Other Permitted and Required Uses and Disclosures

We are also permitted to use or disclose your PHI without your written authorization for the following purposes: as required by law; for public health activities; health oversight activities; in cases of abuse or neglect; to comply with Food and Drug Administration requirements; research purposes; legal proceedings; law enforcement purposes; coroners; funeral directors; organ donation; criminal activity; military activity; national security; worker's compensation; when an inmate in a correctional facility; and if requested by the Department of Health and Human Services in order to investigate or determine our compliance with the requirements of the Privacy Rule.

Privacy Complaints

You have the right to complain to us, or directly to the Secretary of the Department of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying the Privacy Manager at:

We will not retaliate against you for filing a complaint.

Address: 5795 NW 151 ST

No.: 5795B

City: Miami Lakes

State: FL

Zip Code: 33014

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective Date 09/23/2013 Publication Date 09/23/2013

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

DELUXE HEALTH CENTER, LLC

Protected health information (PHI), about you, is maintained as a written and/or electronic record of your contacts or visits for healthcare services with our practice. Specifically, PHI is information about you, including demographic information (i.e., name, address, phone, etc.), that may identify you and relates to your past, present or future physical or mental health condition and related healthcare services.

Our practice is required to follow specific rules on maintaining the confidentiality of your PHI, using your information, and disclosing or sharing this information with other healthcare professionals involved in your care and treatment. This Notice describes your rights to access and control your PHI. It also describes how we follow applicable rules and use and disclose your PHI to provide your treatment, obtain payment for services you receive, manage our healthcare operations and for other purposes that are permitted or required by law.

Your Rights Under The Privacy Rule

Following is a statement of your rights, under the Privacy Rule, in reference to your PHI. Please feel free to discuss any questions with our staff.

You have the right to receive, and we are required to provide you with, a copy of this Notice of Privacy Practices

We are required to follow the terms of this notice. We reserve the right to change the terms of our notice, at any time. Upon your request, we will provide you with a revised Notice of Privacy Practices if you call our office and request that a revised copy be sent to you in the mail or ask for one at the time of your next appointment. The Notice will also be posted in a conspicuous location within the practice, and if such is maintained by the practice, on its web site.

You have the right to authorize other use and disclosure

This means you have the right to authorize any use or disclosure of PHI that is not specified within this notice. For example, we would need your written authorization to use or disclose your PHI for marketing purposes, for most uses or disclosures of psychotherapy notes, or if we intended to sell your PHI. You may revoke an authorization, at any time, in writing, except to the extent that your healthcare provider, or our practice has taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

You have the right to request an alternative means of confidential communication

This means you have the right to ask us to contact you about medical matters using an alternative method (i.e., email, telephone), and to a destination (i.e., cell phone number, alternative address, etc.) designated by you. You must inform us in writing, using a form provided by our practice, how you wish to be contacted if other than the address/phone number that we have on file. We will follow all reasonable requests.

You have the right to inspect and copy your PHI

This means you may inspect, and obtain a copy of your complete health record. If your health record is maintained electronically, you will also have the right to request a copy in electronic format. We have the right to charge a reasonable fee for paper or electronic copies as established by professional, state, or federal guidelines.

You have the right to request a restriction of your PHI

This means you may ask us, in writing, not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. If we agree to the requested restriction, we will abide by it, except in emergency circumstances when the information is needed for your treatment. In certain cases, we may deny your request for a restriction. You will have the right to request, in writing, that we restrict communication to your health plan regarding a specific treatment or service that you, or someone on your behalf, has paid for in full, out-of-pocket. We are not permitted to deny this specific type of requested restriction.

You may have the right to request an amendment to your protected health information

This means you may request an amendment of your PHI for as long as we maintain this information. In certain cases, we may deny your request.

You have the right to request a disclosure accountability

This means that you may request a listing of disclosures that we have made, of your PHI, to entities or persons outside of our office.

You have the right to receive a privacy breach notice

You have the right to receive written notification if the practice discovers a breach of your unsecured PHI, and determines through a risk assessment that notification is required.

If you have questions regarding your privacy rights, please feel free to contact our Privacy Manager. Contact information is provided on the following page under Privacy Complaints.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Vigente a partir del 23 de Septiembre de 2013

Esfuerzos de ayuda humanitaria en respuesta a un desastre. Podemos usar o divulgar la PHI protegida a una entidad pública o privada que esté autorizada por ley o por su estatuto a proporcionar ayuda humanitaria en respuesta a un desastre, con el fin de coordinar la notificación sobre su paradero, estado general o muerte a miembros de su familia.

Usos y divulgaciones que requieren su autorización escrita:

Notas de psicoterapia. Debemos obtener su autorización para utilizar o divulgar de cualquier manera las notas sobre su psicoterapia, salvo cuando el uso o la divulgación de las mismas: (1) lo realice el autor de las notas de psicoterapia con fines de tratamiento, (2) se realice para nuestros propios programas de capacitación, en los que los estudiantes, aprendices o practicantes de salud aprenden bajo supervisión a practicar o mejorar sus habilidades de consejería, (3) sea para instruir nuestra defensa en un procedimiento judicial instituido por usted, (4) sea exigido por ley, (5) se realice a una agencia de supervisión de salud con respecto a la supervisión del autor de las notas de psicoterapia, (6) se realice a un médico forense o médico legista, o (7) se realice para evitar o mitigar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público en general.

Comunicaciones de mercadeo; venta de PHI. Debemos obtener su autorización escrita antes de usar la PHI para fines de mercadeo o para su venta, en concordancia con las definiciones y excepciones relacionadas establecidas en la HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud).

Otros usos y divulgaciones. Los usos y divulgaciones distintos de los descritos en este Aviso sólo podrán realizarse con su autorización escrita. Por ejemplo, deberá firmar un formulario de autorización antes de que podamos enviar la PHI a su compañía de seguro de vida o a su abogado. Usted puede revocar tal autorización en cualquier momento, proporcionándonos una notificación escrita de esa revocación.

Sus derechos individuales:

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted puede solicitar el acceso a sus registros médicos y a los registros de facturación que mantenemos con el propósito de inspeccionar y solicitar copias de esos registros. Todas las solicitudes de acceso deben presentarse por escrito. En circunstancias limitadas, podemos denegar el acceso a sus registros. Podemos cobrarle un arancel que cubra el costo de copiar y enviarle los registros solicitados.

Derecho a comunicaciones alternativas: Usted puede solicitar por escrito y en forma razonable recibir la PHI por medios alternativos de comunicación o en lugares alternativos (ejemplo correos electrónicos) y nosotros haremos las adaptaciones necesarias para atender su pedido.

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción a la PHI que usamos o divulgamos para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención a la salud. Puede solicitar tal restricción por escrito, dirigida a nuestra Oficina. No estamos obligados a aceptar la restricción que usted solicite, salvo cuando se trate de restringir la divulgación de la PHI a un plan de salud con el fin de efectuar el pago u operaciones de atención a la salud, cuando la divulgación no sea exigida de otra manera por ley y la PHI se relacione exclusivamente con un ítem o servicio de atención a la salud que ha sido totalmente pagado por usted u otra persona o entidad en su nombre.

Derecho a la nómina de divulgaciones: Mediante solicitud escrita, puede obtener la nómina de las divulgaciones del PHI realizadas por nosotros en los últimos seis años, con sujeción a ciertas restricciones y limitaciones.

Derecho a solicitar modificación: Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su PHI. Debe presentar la solicitud por escrito, explicando por qué debe ser modificada esa información. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias.

Derecho a obtener aviso: Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este Aviso presentando la solicitud a nuestra oficina en cualquier momento.

Derecho a recibir notificación de una infracción: Estamos obligados a notificarlo/a si detectamos una falla en su PHI no segura, de acuerdo con los requisitos establecidos por la ley federal.

Preguntas o reclamos:

Si desea obtener información adicional sobre sus derechos de privacidad, o está preocupado/a de que hayamos violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con la línea de Privacidad de nuestra Oficina de Cumplimiento. También puede presentar un reclamo escrito al Director, Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. No tomaremos represalias contra usted en caso de que presente un reclamo ante el Director o nuestra oficina. Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante "nuestra" oficina. La dirección es la siguiente:

Dirección: 5795 NW 151 ST

No.: 579B

Ciudad: Miami Lakes

Estado: FL

Código Postal: 33014

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Vigente a partir del 23 de Septiembre de 2013

El presente aviso describe la forma en que se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted y la forma en que usted puede tener acceso a dicha información. Por favor, léalo con atención.

DELUXE HEALTH CENTER, LLC

Nuestra promesa a ustedes, nuestros pacientes: Su información es importante y confidencial. Nuestra ética y nuestras normas exigen que su información se mantenga en estricta confidencialidad.

Modificaciones a este Aviso. Podemos modificar los términos de este Aviso en cualquier momento. Si modificamos este Aviso, podemos poner en vigencia los nuevos términos del aviso para todas las PHI que mantenemos, incluyendo toda información creada o recibida antes de la emisión del nuevo aviso. Si modificamos este Aviso, publicaremos el aviso revisado en el área de espera de nuestra oficina.

Introducción:

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de la información sobre su salud. También se nos exige que le proporcionemos este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, obligaciones legales y sus derechos concernientes a su información de salud (Protected Health Information – PHI o Información de Salud Protegida). Debemos respetar las prácticas de privacidad que se describen en el presente Aviso (las que pueden ser modificadas periódicamente).

Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o copias adicionales de este Aviso, por favor comuníquese con nosotros a través de los medios enumerados al final de este Aviso.

Usos y divulgaciones permitidos sin su autorización escrita:

Podemos usar y divulgar la PHI sin su autorización escrita para ciertos fines que se describen a continuación. En lugar de ser exhaustivos, los ejemplos que se proporcionan en cada categoría tienen el propósito de describir los tipos de usos y divulgaciones que son permitidos por ley.

Tratamiento: Podemos usar y divulgar la PHI a fin de proporcionarle su tratamiento. Por ejemplo, podemos revisar y usar su historial de medicamentos para diagnosticar, proporcionar tratamiento y servicios médicos. Además, podemos divulgar la PHI a otros proveedores de atención médica a fin de proporcionarle la atención adecuada y un tratamiento continuo.

Pago: Podemos usar o divulgar la PHI para determinar la cobertura, facturación, gestión de reclamos y el reembolso. Por ejemplo, la factura que enviamos a su seguro de salud puede incluir información sobre una cirugía a la que usted se sometió, para que el asegurador nos pague esa cirugía. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para determinar si el plan cubrirá el tratamiento.

Operaciones de atención a la salud: Podemos usar y divulgar la PHI con relación a nuestras operaciones de atención a la salud, entre las que se incluyen actividades de mejoramiento de la calidad, programas de capacitación, acreditación, certificación, emisión de licencias o actividades de certificación de proveedores. Por ejemplo, podemos usar la PHI para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar la actuación de nuestro equipo. También podemos divulgar la PHI a nuestros profesionales de atención a la salud con fines de revisión y aprendizaje.

Exigidos o permitidos por ley: Podemos usar o divulgar la PHI cuando la ley nos exige o nos permite hacerlo. Por ejemplo, podemos divulgar la PHI a las autoridades competentes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, abandono o violencia doméstica, o es una posible víctima de otros delitos. Además, podemos divulgar la PHI en la medida en que sea necesario para impedir una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros.

Los siguientes son otros casos de divulgación permitidos o exigidos por ley: divulgación para actividades de salud pública; actividades de supervisión de salud que incluyen la divulgación a agencias estatales o federales que están autorizadas a tener acceso a la PHI; divulgación a funcionarios judiciales y de seguridad del estado en respuesta a una orden judicial u otro proceso legal; divulgación para una investigación que esté aprobada por una junta de revisión institucional; divulgación para demandas laborales por indemnización y divulgación a agencias militares o de seguridad nacional, médicos forenses, médicos legistas e instituciones correccionales, según lo autoricen las leyes.

Recaudación de fondos: Podemos usar la PHI para comunicarnos con usted a fin de recaudar dinero para nuestras actividades. También podemos divulgar la PHI a una fundación relacionada con nosotros para que esa entidad pueda comunicarse con usted a fin de recaudar dinero para sus actividades. Los materiales sobre recaudación de fondos que se le envíen incluirán una descripción de la manera en que usted puede dejar de recibir comunicaciones posteriores sobre recaudación de fondos.

Usos y divulgaciones permitidos que pueden realizarse sin su autorización, pero que usted tiene la oportunidad de objetar:

Familia y otras personas involucradas en su cuidado. Podemos usar o divulgar la PHI para notificar a un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado acerca de su paradero, su estado general o su muerte, o asistir en dicha notificación (incluyendo la identificación o el paradero). Si usted está presente, le daremos la oportunidad de objetar antes de llevar a cabo esos usos o divulgaciones. En caso de que usted se encuentre incapacitado/a, o en situaciones de emergencia, divulgaremos la PHI de manera congruente con la preferencia que usted haya manifestado previamente y que sea de nuestro conocimiento, y en su propio beneficio, según lo determine nuestro criterio profesional. También apelaremos a nuestro criterio profesional y a nuestra experiencia para realizar inferencias razonables sobre su propio beneficio al permitir a una persona que recoja prescripciones médicas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de PHI.