



Notificación de Prácticas de Confidencialidad (Health Insurance Portability and Accountability Act)

Esta es una notificación general de nuestras Prácticas de Confidencialidad (HIPAA)

Entendemos la importancia de confidencialidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Creamos un historial médico y dental de los servicios proveídos y puede que recibamos de otros copias de historiales médicos. Utilizamos estos historiales para proveer o facilitar que otros proveedores de salud provean servicios de salud de calidad, para obtener pago por servicios que se le hayan proveído según lo permita su plan de salud y para poder cumplir nuestras obligaciones profesionales y legales para la operación adecuada de esta clínica médica/dental. La ley requiere que mantengamos protegida la confidencialidad de su información médica, que proveamos a individuos una notificación de nuestros deberes y prácticas de confidencialidad con respecto a información médica, y que notifiquemos a los individuos afectados luego de un incumplimiento que haya comprometido la confidencialidad de información médica, Un documento con descripciones más detalladas de sus derechos y nuestras prácticas está disponible para que lo pueda examinar y puede obtener una copia si la solicita. Esta notificación describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Para más información, puede visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/

*Si tiene preguntas acerca de esta notificación, por favor contacte nuestro Compliance Officer al 612-822-9030 o puede enviarlas por escrito a la siguiente dirección:
Compliance Officer- Southside Community Health Services
4243 4th Ave. South
Minneapolis MN. 55409*

Reconozco que se me ha informado de las Prácticas de Confidencialidad (HIPAA Privacy Practices) de Southside y se me ha ofrecido una copia de la descripción detallada de estas prácticas.

Nombre: _____ ***Fecha:*** _____

Firma: _____ ***parentesco con el paciente*** _____
(padres deben completar si el paciente es un menor)

Nombre del paciente si el padre está firmando por un menor _____

Si quisiera una copia detallada de la Notificación de Confidencialidad: _____

No en este momento no deseo una copia detallada de la Notificación de Confidencialidad: _____

*Organizaciones cubiertas bajo esta notificación:
Southside Community Health Services (SCHS)
Southside Dental Clinic and Mobile Dental Services
Southside Vision Clinic
Southside Medical Clinic
Southside Behavioral Health Clinic*

