

# HIPPA

## Resumen del aviso de Practicas de Privacidad

El aviso de practicas de privacidad contiene una descripcion detallada de como nuestra oficina protegera su informacion de salud, sus derechos como un paciente y nuestra practica comun en el trato con informacion de salud del paciente.

## **Usos y Divulgacion de Informacion Medica**

Podemos utilizar y divulgar su informacion medica para tratar a sus hijos o para asistir a otros proveedores medicos en el tratamiento de sus hijos. Tambien usaremos y divulgaremos su informacion medica con el fin de obtener el pago por nuestros servicios o para permitir a las companies de seguros a procesar reclamaciones por nuestros servicios o por los servicios de otros proveedores medicos.

## **Usos y Divulgaciones basadas en su Autorizacion**

No utilizaremos o divulgaremos su informacion medica sin su autorizacion escrita, excepto como se indica mas detalladamente en el aviso de Practicas de Privacidad.

## **Usos y Divulgaciones que no requieren su Autorizacion**

En las siguientes circunstancias podemos divulgar su informacion medica sin su autorizacion escrita:

- Para propositos de salud publica y seguridad
- A las agencias gubernamentales para propositos de auditorias, investigaciones y otras actividades de supervision
- A las autoridades del gobierno para prevenir el abuso infantil o violencia domestica
- A la FDA (Administracion de Alimentos y Medicamentos) para reportar defectos de productos de incidents
- A las autoridades policiales para proteger la seguridad publica o para ayudar a detener a delincuentes
- Cuando sea necesario por ordenes judiciales, ordenes de busqueda, citaciones, y tal como sea requerido por la ley

## **Derechos de los Pacientes**

Como nuestro paciente, usted tiene los siguientes derechos:

- Tener acceso y o obtener una copia de su informacion medica
- Para recibir una cuenta de ciertas revelaciones que hemos hecho de su informacion medica
- Para solicitar restricciones en cuanto a como su informacion medica es usada o divulgada
- Para solicitar que nos comuniquemos con usted en confianza
- Para solicitar que corrijamos informacion sobre su salud
- Para recibir aviso de nuestras Practicas de Privacidad

## **Idaho Falls Pediatrics**

Ron Porter, M.D.  
Scott Smith, D.O.  
J. Ty Webb, D.O.  
Mitehaet Steorts, M.D.

Joseph Moore, M.D.  
Travis Christensen, PA-C  
D. Dean Buys, PA-C

**(208) 522-4600**

**www.IFPEDS.com**  
Like us on Facebook

**3067 Eagle Drive, Ammon, ID 83406**

## Nuestra Poliza Financiera

Gracias por escoger la oficina de Idaho Falls Pediatrics como su proveedor del cuidado de su salud. Estamos comprometidos a que su tratamiento medico tenga buen exito. El subsiguiente es la declaracion de nuestra Poliza Financiera, lo cual requerimos que usted lea y firme antes de recibir el tratamiento.

Todos nuestros pacientes son obligados a completar nuestra forma de informacion y seguro de salud antes de ver al doctor. Si usted no nos proporciona la informacion correcta de seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable por el pago de una reclamacion.

Cualquier paciente que no haya estado en nuestra clinic en los ultimos tres anos se consideraran como un nuevo paciente, con el proposito de este documento.

## Pacientes Menores

Un adulto debe acompañar a cualquier niño menor de 18 años de edad. El adulto o padre o guardian es responsable de cualquier pago requerido. El niño menor de 18 años NO acompañado por un adulto, será negado.

## Cuentas Delincuentes

Si en cualquier momento su cuenta esta delincente, podremos mandar su cuenta a la agencia de coleccion MRS.

## Seguros

Como una cortesia a usted, nosotros someteremos su reclamo a su seguro y haremos todo lo posible para asegurar que usted reciba su beneficio maximo. Es su responsabilidad de entender los beneficios de su aseguranza ( que es lo que cubre y que no cubre). El coaseguro/copago es debido al tiempo de recibir los servicios. Algunas aseguranzas pueden cobrar una coaseguranza/copago diferente when ven el asistente en lugar del doctor. Cualquier balance restante es su responsabilidad. Si tiene alguna pregunta sobre un reclamo favor de hablar con su aseguranza. Despues de hablar con su aseguranza, si hay algo con el cual le podamos asistir, favor de hablar con the oficina de facturacion. Tenemos contrato con la mayoría de las companies de seguros y tomaremos sus concesiones habituales y acostumbradas. Si sin embargo tienen un seguro, con el cual no contramos, usted es responsable por el balance total despues que su aseguranza page.

**Es su responsabilidad de actualizar cualquier cambio a su seguro. Necesitamos saber el nombre de la aseguranza, el domicilio de reclamos, numero de telefono, numero de identification, numero del grupo, nombre del poseedor de la poliza, fecha de nacimiento, el seguro social y la fecha efectiva del seguro.**

## Informacion Actualizada

Favor de mantener su numero de telefono y domicilio al corriente

## Citas Faltadas

A partir del 1 de Julio del 2011, habra cargos por citas faltadas. Si nos notifican con tiempo que podemos programar la cita para otro paciente, no habra ningun cargo. Con la primera cita faltada, una carta de advertencia sera enviada, una segunda cita faltada tendra un cobro de \$15.00 y una tercer cita faltada tendra un cobro de \$30.00. Los cargos son por un ano calendario. Si hay una cuarta cita faltada, se le negaran servicios en nuestra oficina.

Estas opciones financieras cubrira las necesidades de la mayoría de las familias en nuestra oficina. Queremos ser flexible en estos tiempos de cambio y haremos todo lo posible para ayudarle a encontrar una solucion financiera temporal que mejor se adapte a las necesidades de su situacion particular. Esperamos que tome en cuenta las limitaciones que podamos tener al realizar estos arreglos. Valoramos su negocio y estamos aqui para ayudarle.

Gracias por tomar el tiempo para leer y entender nuestra poliza financiera. Favor de avisarnos si tiene preguntas o inquietudes.