



# I.H.P.T.

**INDUSTRIAL HAND & PHYSICAL THERAPY, Inc.**



## INFORME SOBRE EL USO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

ESTE INFORME DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA O REVELADA Y DE CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

### OBLIGACIONES LEGALES DE INDUSTRIAL HAND AND PHYSICAL THERAPY

Por ley es requerido que Industrial Hand and Physical Therapy proteja la privacidad de la información de su salud, proveer este informe sobre nuestro uso de la información y seguir el uso de la información descrito aquí.

### USOS Y REVELACIONES DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Industrial Hand and Physical Therapy usa su información de salud personal principalmente para tratamiento; obteniendo un pago por tratamiento; conduciendo actividades administrativas internas y evaluando la calidad del cuidado que proveemos. Por ejemplo, Industrial Hand and Physical Therapy puede usar su información personal de salud sin previa autorización para propósitos de salud pública, para propósitos de intervención, para estudios de investigación y para emergencias. Nosotros incluso proveemos información cuando por ley es solicitada.

En alguna otra situación, la política de Industrial Hand and Physical Therapy es la de obtener la autorización por escrito de usted antes de revelar su información de salud personal. Si usted nos provee de una autorización por escrito para liberar su información por cualquier razón, usted puede posteriormente revocar la autorización para detener futuras revelaciones en cualquier momento.

Industrial Hand and Physical Therapy puede cambiar su política en cualquier momento. Cuando se realicen cambios, un nuevo Informe sobre el Uso de la Información será situado en la sala de espera y en las áreas de examen del paciente y se le darán en su próxima visita. Usted puede incluso solicitar una copia actualizada de nuestro Informe sobre el Uso de la Información en cualquier momento.

### DERECHOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

Usted tiene el derecho de revisar u obtener una copia de la información de su salud personal en cualquier momento. Usted tiene el derecho de solicitar que se corrija cualquier información errónea o incompleta en su registro. Usted también tiene el derecho de solicitar una lista de instancias en donde hayamos revelado la información de su salud personal para otros fines diferentes a tratamiento, pago u otros propósitos administrativos relacionados.

Usted también puede solicitar por escrito que no usemos o revelemos la información de su salud personal para tratamiento, pago y propósitos administrativos excepto cuando sea específicamente autorizado por usted, cuando sea por ley solicitado o en circunstancias de emergencia. Industrial Hand and Physical Therapy considerará las solicitudes caso por caso, pero el consultorio no esta requerido legalmente de aceptarselos.

### INQUIETUDES Y QUEJAS

Si usted está preocupado de que Industrial Hand and Physical Therapy pueda haber violado sus derechos de privacidad o si usted difiere con alguna decisión que hemos tomado respecto al acceso o revelación de la información de su salud personal, por favor contacte a nuestro administrador de oficina en la dirección citada abajo. Usted también puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para mayores informes sobre el uso de la información sobre la salud de Industrial Hand and Physical Therapy, o si usted tiene una queja, por favor contacte a la persona siguiente:

Industrial Hand and Physical Therapy  
Steve Springborn  
1355 S. Higley Rd. Suite 101  
Gilbert, AZ 85296  
PH: 480-507-8080; FAX: 480-507-8085



# I.H.P.T.

**INDUSTRIAL HAND & PHYSICAL THERAPY, Inc.**



## **FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

He leído y entendido plenamente el Informe sobre el Uso de la Información. Entiendo que Industrial Hand and Physical Therapy puede usar o revelar mi información de salud personal para propósitos como llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios provistos y alguna operación administrativa relacionada con el tratamiento o pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir el uso y revelación de mi información de salud personal para tratamiento, pago y operaciones administrativas si requiero de intervención. También entiendo que Industrial Hand and Physical Therapy considerará solicitudes de restricción caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo con las solicitudes de restricción.

Por este medio acepto el uso y revelación de la información de mi salud personal para los propósitos citados en el Informe de Uso de Información de Industrial Hand and Physical Therapy . Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificándolo por escrito en cualquier momento.

---

Nombre del Paciente

---

Firma

---

Fecha

También autorizo a Industrial Hand and Physical Therapy usar la información de mi salud protegida para mercadotecnia dirigida, recaudación de fondos, y/o solicitud de participación en estudios de investigación. Entiendo y tengo el derecho de copiar o inspeccionar cualquier información usada para estos propósitos. También entiendo que esta autorización no afecta mi consentimiento para usar la información de mi salud protegida para tratamiento, cobro u operaciones relacionadas con tratamiento y cobro.

---

Nombre del Paciente

---

Firma

---

Fecha