

Center for Women's Health

ADVANCED AND PERSONALIZED CARE FOR WOMEN

Fort Bend Doctors' Pavilion
1601 Liberty Street Ste A
Richmond, TX 77469

C. Funsho Fagbohun, MD, PhD, FACOG, FACS
Kesha S. Robertson, MD, FACOG
Cynthia I. Rios, MD, FACOG
Sarah D. Nelson, MD
Sabina K. Cherian, MD

Phone: 281-342-MYOB (6962)
Fax: 281-342-6963
email: info@mywomensdoc.com

Obstetrics, Gynecology, & Minimally Invasive Surgery

PORTABILIDAD DE SEGURO MEDICO Y ACTO ACCESIBILIDAD AVISO DE PRIVACIDAD PARA EL CARGO DE LA OFICINA DE C. FUNSHO FAGBOHUN, M.D., PhD. P.A. NOTIFICACIONES DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MEDICA PUDE SER USADAS Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

Usos y Divulgación de Información de Salud

Con su consentimiento podemos utilizar la información sobre su salud para tratamiento (como el envío de información de su historia clínica a otro médicos como parte de una referencia), para obtener pago por tratamiento (como el envío de información de facturación a un plan de seguro medico), para propósitos administrativos, y para evaluar la calidad de cuidado que recibe (por ejemplo, la comparación de los datos del paciente para mejorar los métodos de tratamiento de la salud).

Podemos usar o revelar información médica acerca de usted sin autorización por varias razones. Con sujeción a ciertos requisitos, podemos dar a conocer información de salud sin autorización para fines de salud pública, el abuso de información, negligencia, arreglos funerarios y donación de órganos, propósitos de auditoría, estudios de investigación, con fines de compensación al trabajo y emergencias. Ofrecemos información cuando se le solicite por la ley, como por aplicación de la ley en circunstancias específicas. En cualquier otra situación, solicitaremos su autorización por escrito para revelar información, puede revocar después para detener todo uso o revelación futuros.

Podemos cambiar las políticas en cualquier momento. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras políticas, modificaremos nuestro aviso y colocaremos el nuevo aviso en la zona de espera, en cada sala de examen y en nuestro sitio web (dondequiera aplica). También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

Derechos Individuales

En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a ver u obtener una copia de la información de salud que se trata de usted para tomar decisiones sobre usted. Si solicita copias, le cobraremos 25 dólares para las primeras 20 páginas y 50 centavos por cada página adicional. Usted también tiene el derecho a recibir una lista de casos en que hemos revelado su información médica por razones que no sean con fines administrativos, tratamiento, pago o relacionado. Si usted cree que la información en su historia clínica esta incorrecto o si falta información importante, debe tener el derecho de solicitar que corriamos la información existente o que agreguemos la información faltante.

Usted tiene el derecho de solicitar su información médica sea comunicará con usted de manera confidencial, como el envío de correo a una dirección que no sea su casa. Si este aviso se enviará electrónicamente, usted puede obtener una copia impresa del aviso.

Center for Women's Health

ADVANCED AND PERSONALIZED CARE FOR WOMEN

C. Funsho Fagbohun, MD, PhD, FACOG, FACS

Kesha S. Robertson, MD, FACOG

Cynthia I. Rios, MD, FACOG

Sarah D. Nelson, MD

Sabina K. Cherian, MD

Obstetrics, Gynecology, & Minimally Invasive Surgery

Fort Bend Doctors' Pavilion
1601 Liberty Street Ste A
Richmond, TX 77469

Phone: 281-342-MYOB (6962)

Fax: 281-342-6963

email: info@mywomensdoc.com

Reconocimiento de Revisa de Noticia de Practicas Privadas

Yo he revisado la Noticia de Practicas Privadas de su oficina que me explica cómo podrá ser usada y divulgada mi información médica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Nombre Representante Legal (si es aplicable)

Fecha

Firma Representante Legal

Fecha

Descripción de Autoridad de Representante Legal

PARA USO CLINICO:

Center for Women's Health made the following good faith efforts to obtain the above referenced individual's written acknowledgement of receipt of Notice of Privacy Practice:

[Identify the efforts that were made, including the reasons (if any) why written acknowledgement was not obtained]