



Express Health Systems

4293 Kinsey Drive, Tyler, TX 75703 903-592-5670

230 W. Parker Rd, Ste 210A, Plano, TX 75075 469-786-1751

HIPAA EXENCIÓN DE AUTORIZACIÓN

Según lo exigen las Regulaciones de Privacidad creadas como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN MÉDICA INDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE. POR FAVOR, REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Esto es para confirmar que Express Health Systems, y todas sus entidades, (más conocidas como EHS) están dispuestas a colaborar con otros médicos, entidades de seguro médico y entidades gubernamentales con respecto a la historia clínica protegida del paciente y el historial si y cuando se considera necesario por cualquiera o todas las entidades antes mencionadas para garantizar la administración adecuada de sus necesidades individuales de atención médica y / o la adhesión continua a las prácticas legales federales y estatales.

EHS es consciente de que la información compartida implica el uso y / o divulgación de información médica protegida (PHI) para diversos fines según se considere necesario y apropiado ya sea por el juicio y conocimiento médico de nuestro profesional médico, el juicio y conocimiento médico de otro médico, los requisitos del seguro médico, y / o entidades gubernamentales sin la autorización circunstancial explícita del paciente.

EHS también es consciente de que debemos proporcionar a nuestros pacientes, previa solicitud, un informe de las divulgaciones de su PHI (información de salud protegida) en virtud de una exención de autorización, a menos que sea obligatorio por ley, así como una copia del Aviso de HIPAA de Prácticas de privacidad. Yo, como paciente de EHS, entiendo que esta información se me proporcionará a petición mía.

Nuestra práctica utilizará y divulgará su información de salud identificable individualmente cuando lo requiera la legislación federal, estatal o local sobre riesgos de salud pública, riesgos de supervisión de la salud, inspecciones, investigaciones, demandas y procedimientos similares, y solicitudes de las autoridades, amenazas a la salud y seguridad para usted u otros, si usted es miembro de una fuerza militar o por razones de seguridad nacional.

Privacidad de las prescripciones electrónicas para sustancias controladas:

- La privacidad de las recetas enviadas electrónicamente cae bajo las regulaciones HIPAA basadas en la regla final de e-prescripción reciente.
- a autorización para acceder a estos datos se basa en roles dada la sensibilidad asociada con ciertos medicamentos.
- Todos los proveedores de atención médica que atienden tienen acceso a esta información, para reducir la incidencia de las interacciones entre medicamentos, las contraindicaciones del estado de la droga, la seguridad del paciente, etc.
- Yo, un paciente de EHS, apruebo la presentación de receta (s) electrónica (s) y la información de salud que lo acompaña necesaria a proveedores de atención médica, entidades gubernamentales y / o la farmacia indicada de mi elección.
- Yo, un paciente de EHS, apruebo la presentación de la PHI y la información de acompañamiento necesaria a través de una conversación telefónica, correo electrónico y correo de voz, siempre que se tomen las medidas de identificación adecuadas para la verificación del paciente.

Si está en el mejor juicio médico de nuestros médicos divulgar su información de salud identificable individualmente, esta carta confirma una renuncia de autorización para que EHS colabore y comparta su información de salud individualmente identificable con otros médicos, entidades gubernamentales y / o entidades de seguros médicos. , a menos que la ley disponga lo contrario, sin su consentimiento circunstancial específico, para garantizar el bienestar físico del paciente y la administración de las necesidades de atención médica adecuadas.

Por favor marque uno:

 Sí, autorizo a EHS a mi información de salud identificable individualmente con profesionales de la salud, entidades gubernamentales y / o centros de seguro médico según sea necesario o según lo considere apropiado en el mejor juicio médico de nuestro médico, sin mi consentimiento explícito, a menos que ley.

 No, no autorizo a EHS a divulgar información de salud protegida con profesionales de la salud, agencias gubernamentales y / o centros de seguro médico, incluso si se considera apropiado y necesario en el mejor juicio médico de nuestro médico, a menos que proporcione aprobación circunstancial explícita en el momento de la necesidad, a menos que la ley indique lo contrario.

Firma del paciente _____ El día de hoy ____/____/____

Nombre impreso del paciente: (último, primero)_____

Firma de guardián (si el paciente es menor de edad)_____

Nombre impreso del tutor (si el paciente es menor de edad)_____

Fecha de nacimiento ____/____/____