



J & J Artificial Limb & Brace
15644 Pomerado Rd Suite 103, Poway, CA. 92064
Tel. 858-613-0958 Fax. 858-613-0959
WWW.JANDJ.ORG

Notificación de Practicas Privadas

Esta notificación describe como su información médica va hacer utilizada y revelada, y como usted puede tener acceso a esa información. Por favor revise este documento cuidadosamente.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este documento por favor comuníquese con Jason Friedman.

Esta Notificación de Practicas Privadas describe como usamos y revelamos su información médica que esta protegida para usarla en su tratamiento, pagos u operativos médicos y para otros propósitos que están permitidos o requeridos por la ley. También describe su derecho a tener acceso y controlar el uso de su información medica. "Información medica que esta protegida" es información de usted, incluye información demográfica que pude identificarlo(a) y que se relaciona a su pasado, presente y futuro estado físico o salud mental o condición y servicios relacionados a cuidado medico.

Estamos obligados a seguir las normas de Notificación de Practicas Privadas. Podemos cambiar los términos de nuestra notificación cuando queramos. La nueva notificación se pondrá en efectivo para toda información medical que esta protegida que nosotros tenemos a ese tiempo. Usted puede obtener nuestra nueva Notificación de Practicas Privadas al ir a nuestra dirección electrónica (si es aplicable) [www.jandjarificallimbandbrace.com] o puede llamar a la oficina y pediré la nueva copia que sea mandada por correo o pedir que este disponible para su siguiente cita.

Como entender su archivo medico/información

Cada ves que va a un proveedor de servicios de salud medica un archivo es hecho. Típicamente ese archivo contiene sus síntomas, reexaminaciones y resultados de exámenes, diagnósticos, tratamiento y plan para tratamiento en el futuro. Esta información que puede ser referida como su archivo medico serbe como:

- Base para paliar su cuidado medico y tratamiento
- Un medio de comunicación entre personal profesional que contribuye a su cuidado medico
- Documentos legales que describe el cuidado que recibió
- Un medio por cuál usted o un pagador de tercer partido puedan verificar que los servicios que fueron cobrados fuero proveidos, y también ser una heramente para educar profesionales medico
- Fuente de datos para investigación medica
- Un medio de información para oficiales de salud medica que están encargados de la salud de la nación
- Un medio por cuál la compañía pueda plañir y marketing
- Una heramintra por cual nosotros podemos a valorar y continuamente trabajar en mejorar el cuidado que le damos y resultados que podemos lograr

Entendiendo que es su archivo medico y como su información es usada le ayuda a:

- Asegura su exactitud
- Le aguda a tender quien, que, cuando, donde y porque otras personas pueden tener acceso a su información medica
- Hacer mejor decisiones al autorizar a otras personas a revelar su información

Sus Derechos de Información Médica

Aunque su archivo medico es fisicamente la propiedad del practicante de cuidado medico o compañía que la recopila, la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho de:

- Pedir una restricción en ciertos usos y revelaciones de su información
- Obtener una copia de la norma de practicas de información al pedirla
- Inspeccionar y obtienen una copia de su archivo medico
- Obtener un informe de revelación de su información medica
- Solicitar comunicación con su información medica por medios alternativos o alterativo
- Localización de quitar su autorización de usar o revelar su información medical excepto por la extensión del acto que ya se ha tomado.

Nuestra Responsabilidad

Esta Organización es requerida a:

- Mantener la privacidad de su información medica
- Proveerle con una notificación de nuestras obligaciones legales y practicas privadas con respecto a información que colectamos y mantenemos de usted

Atenerse a estas normas de esta notificación

Notificarlo(a) si nosotros no podemos aceptar la restricciones que a pedido

Complacer solicitudes razonables que usted tiene que comunicarse con información medica por medios alternativos o localizaciones alternativas.

Nosotros no usaremos o revelaremos su información médica sin su autorización, excepto por las normas descritas en esta notificación.

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede hacer una queja en nuestro Contacto Privado o con la Secretaruria de Cuidado Medico y Servicios Humanitarios. No va a ver alguna represalia por quejarse. Usted puede comunicarse con nuestro Contacto Privado, Jason Friedman al (858) 613-0958 o a jason@jandj.com para mas información del proceso de su queja.

Explicaciones de Revelación para Tratamiento, Pagos y Operativos de Salud Medica

Usaremos su información médica para tratamiento.

Por ejemplo: La información obtenida por nuestro practicante u otro miembro de nuestro equipo de salud médica será registrado en su archivo y usado para determinar el curso de tratamiento que trabajaría mejor para usted. Nosotros podemos proveer a su medico o subsiguiente proveedor de salud medica con copias de varios reportes que pueden asistirle a el o ella en su tratamiento.

Usaremos su información médica para pagos.

Por ejemplo: Un cobro puede ser mandado a usted o pagador de tercer partido. La información en o acompañando el cobro puede incluir información que lo identifique, as como también su diagnóstico, procedimientos, y uso suministrado.

Usaremos su información para operativos médicos regulares.

Por ejemplo: Miembros de nuestro equipo de mejoramiento de calidad pueden usar su información en su archivo medico para valorar el cuidado y resultados en su caso y casos como el de usted. Esta información entonces será usada en un esfuerzo para continuar mejorado la calidad y eficacia del cuidado de salud y servicios proporcionados.

Asociados de Negocios

Ay algunos servicios que nosotros proveemos en nuestra organización que son por asociados de negocios contratados. Ejemplos incluye nuestro servicio de cobros y servicios de copias cuando que usamos cuando hacemos copias de su archivo medico. Cuando estos servicios son contratados, nosotros podemos revelar su información medica a nuestros asociados de negocios para que ellos puedan hacer el trabajo que nosotros le pidamos y poder cobrarle a usted o un pagador de tercer partido por servicios rendidos. Para proteger su información medica, nosotros requerimos que nosotros asociados de negocios que proteja su información apropiadamente.

Notificación

Nosotros podemos usar o revelar información para notificar o asistir en notificar a un miembro de familia, persona responsable, o cualquier persona encargada de su cuidado, su localización y condición general.

Comunicación con familiares:

Profesionales de salud médica, usando su mejor juicio, pueden revelar a un familiar, amigo(a) personal o cualquier persona que usted identifique, o información relacionada con la involucración de la persona en su cuidado o pagos relacionados a usted.

Investigaciones:

Podemos revelar información a investigadores que su investigación a sido aprobada por un comité de reviso que a revisado la propuesta de la investigación y a establecido normas para asegurar la privacidad de su información medica.

Comercialización:

Nosotros podemos llamarle para proteger citas rendidas o información de tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados a salud médica que le puede interesarle.

Reunir Fondos:

Podemos llamarle en un esfuerzo para reunir fondos.

Administración de Comida y Drogas:

Podemos revelar información médica a la Administración de Comida y Drogas relacionadas a eventos adversos con respecto a comida, suplementos, productos y productos condefectos, o vigilancia de información del mercado para permitir retirar productos, reparaciones o reemplazos.

Compensación al Trabajador:

Nosotros podemos información médica por la autorización extendida y extensión necesaria para cumplir con la ley relacionada a compensación al trabajador u otras programas similares establecidas por la ley.

Cuidado Publico:

Como recuiredo por la ley, nosotros podemos dar su información medica al Cuidado Publico o autoridades legales encharcados con prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o incapacidad.

Instituto de Correcciones:

Si es usted presidiario(a) de una instituto correccional, nosotros podemos dar información medica a la institución o agentes para su cuidado medico y cuidado y protección de otros individuos.

Esforzar la ley:

Nosotros podemos dar información médica para cumplir con propósitos de la ley o en respuesta a citación valida.

La ley Federal hace provisión para que su información medica pueda ser revelada a un agente de salud apropiada que a sido descuidada, o autoridades de salud publica o abogados, mientras que un miembro de trabajo o asociado de negocios crea en buena fe de que nosotros hemos estados embolicados en conducta licita o que hemos violado normas profesionales o normas clínicas y estamos poniendo en peligro uno o mas pacientes, trabajadores o el publico.



J & J Artificial Limb & Brace
15644 Pomerado Rd Suite 103, Poway, CA. 92064
Tel. 858-613-0958 Fax. 858-613-0959
WWW.JANDJ.ORG

Notificación de Practicas Privadas Acuso de Recibo

Yo certifico que e recibido una copia de la Notificación de Practicas Privadas. La Notificación de Practicas Privadas describe los tipos de usos y revelaciones de mi información medica protegida que puede ocurrir en mi tratamiento, pagos de mis cobros o en el desempeño de J & J Artifical Limb & Brace operaciones de cuidado medico. La Notificación de Practicas Privadas también describe mis derechos y los deberes de J & J Artifical Limb & Brace con respecto a mi información medica que esta protegida. La Notificación de Practicas Privadas esta puesta en la sala de estera.

J & J Artifical Limb & Brace tiene el derecho de cambiar las practicas privadas que están descritas en la Notificación de Prácticas Privadas. Yo Puedo obtener los nuevos cambios de la Notificación de Practicas Privadas al llamar a la oficina y pedir que me manden por correo la copia de los nuevos cambios o pedir una copia en mi próxima cita.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Nombre de Persona Responsable

Fecha

Descripción de Autoridad del Representante



J & J Artificial Limb & Brace
15644 Pomerado Rd Suite 103, Poway, CA. 92064
Tel. 858-613-0958 Fax. 858-613-0959
WWW.JANDJ.ORG

Autorización para Usar Información Médica que esta Protegida

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de archivo medico _____

1. Yo autorizo a J & J Artificial Limb & Brace que use mi información medica específicamente a la siguiente fecha o periodo de tiempo. Hasta yo quito esta autorización

2. Individuos autorizados a recibir mi información medical: Seguro Medico, Doctores y terapeuta

3. El propósito por cuál revelación se va a hacer: Confirmación de órdenes y propósitos de cobros

4. Información que será revelada:

Resumo del practicante
Medicina

Consultación
Notas de oficina

Examen de Historial Físico

5. Yo entiendo que si los individuo o grupos que reciben la información no son proveedores de cuidado medico o plan de seguro medico cubierto por reglas de privacidad federales, la información describid arriba pude ser nuevamente revelada y no será protegida por esas reglas. Pero eso yo libero a J & J Artificial Limb & Brace, sus trabajadores y mi doctor de responsabilidad o obligación que se presente por la revelación de mi información medica.

6. Yo entiendo que yo pudo revisar o solicitar copias de cualquier información revelada por esta autorización. Yo entiendo que pudo quitar esta autorización por medio de notificar el departamento de archivos médicos en escrito, notado que la información revelada previamente no será sujeto a la cancelación de autorización que e solicitado.

7. Yo entiendo que yo negarme a firmar esta autorización y que el rechazo a firmar no va a afectar mi habilidad de obtener tratamiento, pago de mi elegibilidad de beneficios.

Firma del Paciente o Representante Legal Identificado

Fecha

Firma de Testigo

Fecha



J & J Artificial Limb & Brace
15644 Pomerado Rd Suite 103, Poway, CA. 92064
Tel. 858-613-0958 Fax. 858-613-0959
WWW.JANDJ.ORG

PATIENT/CLIENT BILL OF RIGHTS

As an individual receiving orthotic and prosthetic services from J & J Artificial Limb & Brace, let it be known and understood that you have the following rights:

1. To select those who provide you orthotic and prosthetic services.
2. To be provided with legitimate identification by any person or persons who enters your residence to provide home care services for you
3. To receive the appropriate or prescribed service in a professional manner without discrimination relative to your age, sex, race, religion, ethnic origin, sexual preference or physical or mental handicap.
4. To be dealt with and treated with friendliness, courtesy and respect by each and every individual representing our Company who provides treatment or services for you, and be free from neglect or abuse be it physical or mental.
5. To assist in the development and planning of your health care program that is designed to satisfy, as best as possible, your current needs.
6. To be provided with adequate information from which you can give your informed consent for the commencement of service, the continuation of service, the transfer of service to another health care provider, or the termination of service.
7. To express concerns or grievances or recommend modifications to your home care service without fear of discrimination or reprisal.
8. To request and receive complete and up-to-date information relative to your condition, treatment, alternative treatments, or risks of treatment.
9. To receive treatment and services within the scope of your health care plan, promptly and professionally, while being fully informed as to our company's policies, procedures, and charges.
10. To refuse treatment, within the boundaries set by law, and receive professional information relative to the ramifications or consequences that will or may result due to such refusal.
11. To request and receive data regarding treatment or services or costs thereof privately and with confidentiality.
12. To request and receive the opportunity to examine or review your medical records.

Thank you,
Management

Signature

Date



J & J Artificial Limb & Brace
 15644 Pomerado Rd Suite 103, Poway, CA. 92064
 Tel. 858-613-0958 Fax. 858-613-0959
WWW.JANDJ.ORG

PATIENT INFORMATION

Fecha: _____
 Nombre: _____
 Dirección: _____

 Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Estado Matrimonial: _____
 SS# _____
 Nombre de Padre/Madre: _____
 SS# _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Ocupación: _____
 Nombre de trabajo: _____
 Dirección de trabajo: _____

 Teléfono de trabajo: _____
 Nombre de esposo(a): _____
 Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____
 Ocupación: _____
 Nombre de trabajo de esposo(a): _____
 Dirección de trabajo: _____

 Teléfono de trabajo: _____
 ¿A quien podemos agradecer por refirelo(a)? _____

 Teléfono de casa: _____
 Teléfono de trabajo: _____
 Teléfono de celular: _____

Correo electrónico (e-mail): _____
 Mejor hora que podemos encontrarlo(a): _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____
 Relación: _____
 Teléfono: _____ Teléfono de trabajo: _____

Información del Seguro Medico

¿Quien es responsable por esta cuenta? _____
 Relación al paciente: _____
 Nombre de aseguransa: _____
 IF HMO, WHO IS MEDICAL GROUP? _____
 Teléfono: _____
 Dirección: _____

 Numero de SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 # de identificación: _____ # de grupo: _____
 ¿Esta el paciente convertido con otros seguros médicos? _____
 Nombre de asegurado(a) primario: _____
 Relación al paciente: _____
 Nombre de aseguransa: _____
 Teléfono: _____
 Dirección: _____

 Numero de SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 # de identificación: _____ # de grupo: _____

Autorización

Yo autorizo que pagos de beneficios de Medicare que han sido autorizado sean hechos a mi o en mi nombre para J & J Artificial Limb and Brace por los servicios hechos a mi. Yo autorizo a la persona que tiene mi información medica que de a la Administración Financiero de Cuidado Medico y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por los servicios relacionados. Al firmar yo intiendo que estoy dando permiso que se hagan pagos y autorizo que usen mi información medica necesaria para pagar la reclamación. Si "otro seguro medico" que esta indicado en la forma HCFA-1500 sección 9 o en cualquier otra parte de la forma de reclamación autorizada o reclamación que a sido sometida electrónicamente, mi firma autoriza que mi información sea dada a asegurado o agente que aparece. En casos asignados de Medicare, el doctor o el distribuidor esta de acuerdo a aceptar el cambio determinación del trajinista de Medicare como cargo completo, y el paciente es responsable solamente por los deducibles, coaseguransa, y servicios no cubiertos. Coaseguransas y deducibles son basadas en los cargos determinados por el distribuidor de Medicare.

Asignación de Revelación

Al firmar certifico que yo (o mi dependiente) estoy cubierto(a) por el seguro medico mencionado arriba, y asigno todos los beneficios de mi seguro medico a J & J Artificial Limb and Brace, si ay algunos, o sino que sean pagados a mi por servicios rendidos. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los cobros san o no sean pagados por mi seguro medico. Yo autorizo a J & J Artificial Limb and Brace que de mi información necesaria para asegurar los pagos de mis beneficios. En el caso que mi seguro medico me mande los pagos directamente a mi, en lugar de J & J Artificial Limb and Brace, Yo inmediatamente entregare ese pago a J & J Artificial Limb and Brace. Yo autorizo el uso de esta firma para todas somiciones de seguro medico.

 Firma de la persona responsable

 Fecha

 Firma de la persona responsable

 Fecha