



## POLÍTICA FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Los Especialistas Pediátricos del Sueño (PSS, por sus siglas en inglés) hacen todo lo posible para verificar los beneficios de su seguro antes de su cita. La verificación de la elegibilidad y los beneficios no garantiza que su seguro pague las reclamaciones. Los beneficios y tarifas que se le proporcionan son solo una estimación del costo. Los cargos finales se basarán en los servicios reales prestados y en el procesamiento de reclamaciones. PSS no es responsable de ninguna información incorrecta o errónea que nos proporcione su compañía de seguros con respecto a la verificación de beneficios. Los beneficios reales no pueden ser determinados por PSS, pero serán aplicados por su compañía de seguros cuando se procese el reclamo.

No todos los servicios recomendados por su proveedor están cubiertos por su seguro. Es su responsabilidad saber qué está cubierto o no, las limitaciones de la póliza y los requisitos de remisión y autorización. Al firmar esta póliza financiera, usted comprende y acepta ser responsable de pagar cualquier servicio que no sea pagado por su compañía de seguros.

PSS está dentro de la red de la mayoría de los principales operadores de red. Somos un proveedor participante de Medicaid of Colorado. Si tiene un seguro fuera de la red, con gusto presentaremos sus reclamos por usted como cortesía, siempre que tenga beneficios fuera de la red. Sin embargo, no presentamos reclamos a los pagadores cuando no hay beneficios fuera de la red disponibles, a menos que se notifique lo contrario. Es su responsabilidad conocer sus beneficios, tanto dentro como fuera de la red, antes de programar una cita con nuestro consultorio. Para obtener una lista de nuestros proveedores de red y a quién presentaremos reclamos, comuníquese con el Departamento de Facturación al (800) 506-8933.

**Hijos de padres divorciados:** La responsabilidad del pago del tratamiento de los hijos menores de edad cuyos padres están divorciados recae en el padre que solicita el tratamiento. Cualquier juicio de responsabilidad ordenado por un tribunal debe determinarse entre las personas involucradas, sin la inclusión de PSS.

Es su responsabilidad notificar a PSS inmediatamente de cualquier cambio en el estado del seguro. Si no informa los cambios a tiempo, se le transferirá el saldo de cualquier reclamación impaga. Independientemente del estado del seguro, si su seguro no paga, no paga a tiempo o rechaza un reclamo, usted será responsable de los cargos incurridos.

Se espera que pague cualquier copago, coseguro, deducible o saldo adeudado en su cuenta antes de recibir cualquier servicio. Si no lo hace, es posible que se re programe su cita.

PSS ofrece un descuento por pronto pago a los pacientes que no tienen seguro y que pagan en su totalidad en el momento del servicio o antes. Los descuentos por pronto pago no se pueden aplicar a los copagos ni a los deducibles. Los pacientes que paguen en el momento de la visita deben tener en cuenta que los cargos adicionales relacionados con la visita pueden facturarse más adelante.

PSS requiere un aviso de 24 horas para cancelar una cita. Si no cancela una cita dentro del plazo de 24 horas, es posible que se le cobre una tarifa por no presentarse de \$ 50.00.

PSS ofrece la oportunidad de establecer un plan de pago razonable si no puede pagar en su totalidad en el momento del servicio. Si tiene un saldo pendiente, esperamos que haga un pago o arreglos de pago antes de su próxima cita programada.

PSS le enviará un estado de cuenta (a la dirección de facturación que proporcione) notificándole sobre cualquier saldo que pueda adeudar. Si tiene alguna pregunta o disputa la validez de este saldo, debe comunicarse con nuestra oficina dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta inicial. Todos los cargos por el tratamiento vencen y son pagaderos sesenta (60) días después de la fecha del servicio. Estos períodos permiten tiempo suficiente para procesar seguro y realizar el pago total de cualquier saldo restante. Habrá un cargo de \$25 por cheques devueltos. Si no se paga dentro de los 60 días, PSS puede comenzar varias actividades de cobro que incluyen, entre otras, enviar la cuenta vencida a una agencia de cobro.

**PSS cree firmemente que una buena relación paciente/proveedor se basa en la comprensión y la comunicación abierta. Esperamos que las políticas anteriores nos permitan brindar atención de la más alta calidad a nuestros pacientes. Si tiene alguna pregunta o necesita aclaraciones sobre estas políticas, llámenos al (800) 506-8933.**





## POLÍTICA FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

### ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA

He leído y entiendo la política financiera de PSS y acepto cumplir con los términos de la misma.

Firma del paciente/tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo a Pediatric Sleep Specialists a divulgar cualquier información requerida para obtener autorización o procesar un reclamo por servicios prestados a mi compañía de seguros. Por la presente autorizo que el pago de los beneficios por parte de mi compañía de seguros se realice directamente a los especialistas pediátricos del sueño.

Firma del paciente/tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO INFORMADO para SERVICIOS DE TELEMEDICINA

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	HISTORIA CLÍNICA #:	FECHA EN QUE SE DISCUTIÓ EL CONSENTIMIENTO:
	_____	_____	

### INTRODUCCIÓN:

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas e información por parte de los proveedores de atención médica para brindar servicios a una persona cuando se encuentra en un sitio diferente al del proveedor. La información puede ser utilizada para consultas, diagnósticos, terapias, seguimiento y/o educación.

Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina. Los sistemas utilizados incorporarán protocolos de seguridad para proteger la confidencialidad de la identificación de los pacientes y los datos médicos y garantizarán la integridad contra la corrupción intencional y no intencional.

### POSIBLES RIESGOS:

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Esto podría incluir:

- En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente para permitir la toma de decisiones médicas apropiadas por parte del médico/proveedor.
- Podrían producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médico debido a deficiencias o fallos en el equipo.

### CONSENTIMIENTO:

Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi visita de telemedicina.

Entiendo que tendré acceso a toda la información médica de los servicios de telemedicina, según la ley estatal.

Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento comunicándome con Especialistas Pediátricos del Sueño (PSS) al 719-638-1122. Mientras este consentimiento esté vigente (no haya sido revocado), PSS puede proporcionarme servicios de atención médica a través de telemedicina sin necesidad de que firme otro formulario de consentimiento.

*Firma del paciente (o persona autorizado para firmar por el paciente):* \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_

*Si el firmante está autorizado, Relación con el paciente:* \_\_\_\_\_





## Formulario de Autorización de Divulgación de Registros Médicos

Escriba el nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

### I. Mi Autorización

Autorizo a la siguiente parte usuaria o \_\_\_\_\_ para usar o divulgar  
divulgadora: la siguiente información de salud.

– Toda mi información de salud

– Mi información de salud relacionada con el siguiente tratamiento o afección: \_\_\_\_\_

– Mi información de salud que cubre el período desde \_\_\_\_\_(fecha) a \_\_\_\_\_(fecha)

–Otro: \_\_\_\_\_

La parte anterior puede divulgar esta información de salud al siguiente destinatario:

Nombre (o cargo) y dirección de la \_\_\_\_\_

organización \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cremallera \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### II. Mis derechos

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan realizado usos o divulgaciones basados en mi permiso original. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla a la parte divulgadora correspondiente.

Entiendo que el tratamiento por parte de cualquier parte no puede estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque solo para crear información de salud para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener derecho a negarme a firmar esta autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar, complete lo siguiente:

– El paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_ años de edad

– El paciente no puede firmar porque: \_\_\_\_\_

Firma del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y relación del Representante Autorizado en letra de imprenta: \_\_\_\_\_



Phone: 800-506-8933 • Fax: 855-863-6522  
[pediatricssleepspecialists.com](http://pediatricssleepspecialists.com)



## FORMULARIO DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Para proteger su privacidad y la de su hijo, los especialistas pediátricos del sueño le piden que complete este formulario para que sepamos las formas en que podemos comunicarnos con usted con respecto a la información de salud de su hijo. Marque a continuación con qué se siente cómodo, por lo que tenemos varias formas de comunicarnos con usted con respecto al cuidado de la salud de su hijo. **POR FAVOR, IMPRIMA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono principal:  Teléfono celular  Teléfono residencial

Teléfono Celular #: \_\_\_\_\_ # de teléfono residencial (si es diferente): \_\_\_\_\_

Prefiero recibir el recordatorio de la cita de mi hijo de la siguiente manera:  Mensaje de texto  Llamada

Autorizo a los especialistas pediátricos del sueño, proveedores y empleados a hacer lo siguiente:

Sí	No	Dejar un mensaje en mi número de celular/casa con respecto a recordatorios de citas o programación para mi hijo <b>Es importante mantener siempre actualizado el número de su celular/hogar con especialistas pediátricos del sueño</b>
Sí	No	Envíeme una carta por correo con respecto a recordatorios de citas, resultados de pruebas y / o necesidades de programación con respecto a mi hijo
Sí	No	Dejar los resultados de la prueba de mi hijo en un mensaje a mi número de celular/casa

Autorizo a los especialistas pediátricos del sueño a hablar sobre la atención médica de mi hijo, según lo indicado con las siguientes personas:

Nombre:			Nombre:			Nombre:		
Relación:			Relación:			Relación:		
Teléfono:			Teléfono:			Teléfono:		
Sí	No	Recordatorios de citas	Sí	No	Recordatorios de citas	Sí	No	Recordatorios de citas
Sí	No	Hacer o asistir a citas	Sí	No	Hacer o asistir a citas	Sí	No	Hacer o asistir a citas
Sí	No	Resultados de la prueba	Sí	No	Resultados de la prueba	Sí	No	Resultados de la prueba
Sí	No	Información de facturación	Sí	No	Información de facturación	Sí	No	Información de facturación

Si corresponde, las excusas escolares de los niños menores de edad pueden ser entregadas según sea necesario a las siguientes escuelas y/o guarderías:

Contacto de emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Número de fuente: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Especialistas pediátricos del sueño lleva a cabo la satisfacción del paciente Encuestas al azar. Si es elegido para recibir la encuesta, recibirá un mensaje de texto para compartir su opinión sobre su experiencia reciente en nuestra clínica. Tenga en cuenta que se pueden aplicar tarifas por

Sí	No	Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto sobre la experiencia reciente de mi hijo.
----	----	--

mensajes de texto.

Entiendo que tengo el derecho de cambiar o cancelar esta solicitud en cualquier momento notificando al Oficial de Privacidad, por escrito, a Pediatric Sleep Specialists, Attention Privacy Officer, 9235 N. Union Blvd, Ste 150-334, Colorado Springs CO. 80920-7833. También entiendo que los cambios o la cancelación no afectarán las medidas tomadas en base a esta solicitud antes del cambio o la cancelación.

También reconozco que recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información de Salud de los Especialistas Pediátricos del Sueño.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente/representante

Relación con la  
anualmente

caducidad del paciente: Se actualizará



## Autorización para el tratamiento de menores de edad

**SI SU HIJO NECESITA SERVICIOS MÉDICOS, DENTALES, DE SALUD CONDUCTUAL U HOSPITALARIOS, USTED, COMO PADRE O TUTOR, DEBE DAR SU PERMISO. ES LA LEY.**

Para que alguien que no sea un padre o tutor legal acompañe a un menor a una cita médica, de salud conductual o dental, y/o para autorizar un tratamiento médico/de salud conductual/dental, el padre/tutor debe completar el formulario adjunto.

### ¿Qué pasa con los momentos en los que no se le puede contactar para obtener permiso?

Excepto en una verdadera emergencia, el cuidado de un niño normalmente se puede prestar a un niño solo con el consentimiento del padre o tutor legal. Un niño puede ser tratado sin el consentimiento de los padres cuando un proveedor determina una verdadera salida de emergencia. Eso significa que un proveedor de atención médica determina que el niño necesita atención médica inmediata y que un intento de obtener el consentimiento de los padres resultaría en un retraso que aumentaría el riesgo para la vida o la salud del niño.

A veces, un niño puede necesitar atención inesperada que no es una verdadera emergencia. En tales casos, hacer un esfuerzo por ponerse en contacto con un padre o tutor legal para obtener permiso puede retrasar el tratamiento y crear momentos de ansiedad innecesarios para el niño.

Puede prepararse para la atención inesperada que su hijo podría necesitar cuando usted no esté disponible. Para ello, asegúrate de que las personas responsables con tu hijo sepan cómo comunicarse contigo en todo momento. Y cuando sepas que será difícil localizarte, puedes dar permiso a otros adultos (mayores de 18 años). Luego, pueden actuar en su nombre permitiendo que su hijo sea tratado si se necesita atención.

**ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL.** Con él, puede nombrar parientes, amigos, maestros, clérigos y vecinos. -Cualquier persona mayor de 18 años: ser responsable de su hijo cuando esté lejos de él o cuando no pueda acompañarlo. Es especialmente importante preparar este formulario para las ocasiones en las que sepa que será difícil ponerse en contacto con usted.

**Rellene este formulario cuidadosamente.** Haga que su firma sea atestiguada por un adulto diferente de la persona a la que está haciendo responsable de su hijo. PSS guardará una copia del formulario en el registro médico del niño para consultarlo cuando alguien que no sea el padre/tutor traiga al niño a una cita.

**Después de completar este formulario, entrégueselo a los adultos que haya nombrado para que actúen en su nombre. Si su hijo necesita tratamiento, los adultos responsables deben presentar este documento junto con su identificación personal al representante de atención médica correspondiente.**

Sobre 



Autorización para el tratamiento de menores de edad

Nombre del menor	Fecha de nacimiento	Alergias o condiciones especiales

Nombre de Padres/Tutores	de	Relación	Dirección	Número de teléfono

Yo/Nosotros, siendo el/los padre(s) o tutor(es) legal(es) del menor mencionado anteriormente, designo:

Nombre	Relación	Dirección	Teléfono

Actuar en mi/nuestro nombre en la autorización de atención médica, para el menor mencionado anteriormente en mi/nuestra ausencia entre las siguientes fechas:

De: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

**Este formulario se renovará anualmente**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Fecha







## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

Los **especialistas pediátricos del sueño ("PSS")** están obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud y están firmemente comprometidos a mantener su privacidad. PSS está obligado a proporcionarle un Aviso en el que se expliquen nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. PSS no usará ni divulgará su información de salud, excepto como se describe en este Aviso. PSS está obligado a notificar a las personas afectadas después de una violación de información médica no segura. Este Aviso se aplica a toda la información de salud generada por PSS, así como a la información que recibimos de otros, incluidos los proveedores de atención médica y los planes de salud.

#### **USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**TRATAMIENTO:** Podemos usar y divulgar su información de salud para proporcionar y coordinar su tratamiento de atención médica. Podemos divulgar toda o parte de su información de salud a su médico tratante, médicos consultores, enfermeras u otros proveedores y personal de atención médica que tengan una necesidad legítima de dicha información. PSS también puede usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que creemos que pueden ser de su interés.

**PAGO:** Podemos usar y divulgar su información médica para fines de facturación, incluida la obtención de autorización para el tratamiento, la facturación al seguro, a un tercero u otra entidad involucrada en el pago de su factura médica. Es posible que se nos solicite que proporcionemos copias o extractos de su registro médico para la revisión del pago. Por ejemplo, podemos enviar una reclamación de pago, y tendrá un código que describe los servicios que prestamos.

**OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar y administrar nuestra práctica y para promover una atención de calidad. Es posible que necesitemos usar o divulgar su información médica para evaluar la calidad de la atención que recibe, llevar a cabo la administración de costos, la gestión comercial y las actividades administrativas o de mejora de la calidad. PSS puede contratar a empresas externas ("socios comerciales") para llevar a cabo ciertos aspectos de estas operaciones de atención médica. Es posible que PSS necesite divulgar su información de salud a los socios comerciales para permitirles realizar sus funciones. Por ejemplo, los socios comerciales pueden ser empresas de facturación de terceros, contadores y abogados. PSS requerirá que el socio comercial firme un acuerdo para proteger la confidencialidad de su información médica.

#### **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

PSS obtendrá una autorización por escrito de usted antes de usar o divulgar su información médica protegida, a menos que la ley permita o exija expresamente un uso o divulgación en particular sin su permiso. Debemos obtener su autorización para usar o divulgar su información médica protegida para ciertos fines de marketing, recaudación de fondos o venta de su información. Usted tiene derecho a revocar cualquier autorización otorgada previamente mediante la presentación de una solicitud por escrito a PSS. Sin embargo, no podemos deshacer ningún uso o divulgación que ya hayamos realizado en función de su consentimiento previo.

#### **USOS Y DIVULGACIONES A LOS QUE PUEDE Oponerse**

PSS puede divulgar su información de salud a un amigo o familiar involucrado en su atención médica, que ayude a pagar su atención y para fines de ayuda en caso de desastre. Si tiene alguna objeción al uso y divulgación de su información de salud de esta manera, por favor infórmenos.

#### **USOS Y DIVULGACIONES QUE SE REQUIEREN O PERMITEN SIN AUTORIZACIÓN**

**AGENCIAS REGULADORAS:** PSS puede divulgar su información de salud al gobierno y a ciertas agencias privadas de supervisión de la salud, como el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente, la Comisión Conjunta o la Junta de Examinadores Médicos, para actividades autorizadas por la ley, incluidas, entre otras, licencias, certificaciones, auditorías, investigaciones e inspecciones. Estas actividades son necesarias para monitorear el cumplimiento de los requisitos de los programas gubernamentales.

**APLICACIÓN DE LA LEY, SEGURIDAD NACIONAL, INTELIGENCIA Y ACTIVIDADES LEGALES:** PSS puede divulgar su información de salud a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si es necesario, para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente de lesión a su salud física, mental o emocional o a la seguridad física de otra persona. Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. PSS puede divulgar su información de salud para procedimientos judiciales y de arbitraje y otras disputas consistentes con la ley aplicable.

**SALUD PÚBLICA:** Según lo exige la ley, PSS puede divulgar su información de salud a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

**COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES:** PSS puede divulgar información médica sobre usted para compensación para trabajadores o un programa similar. Estos programas proporcionan Beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

**MILITARES/VETERANOS:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos usar y divulgar su información de salud según lo exijan las autoridades militares correspondientes.



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

**MÉDICOS FORENSES/MÉDICOS FORENSES/DIRECTORES DE FUNERARIAS:** Podemos divulgar su información de salud a un médico forense o médico forense con el fin de identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre usted a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

**INVESTIGACIÓN:** PSS puede usar y divulgar su información de salud para revisiones preparatorias para la investigación y si lo aprueba una junta de privacidad o una junta de revisión institucional para estudios de investigación.

**SEGÚN LO EXIJA LA LEY:** PSS divulgará su información de salud en cualquier situación en la que dicha divulgación sea requerida por la ley (por ejemplo, abuso infantil, abuso doméstico o para evitar daños a usted u otras personas).

### **SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Aunque todos los registros relacionados con su tratamiento obtenidos en PSS son propiedad de PSS, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

**DERECHO A COMUNICACIONES CONFIDENCIALES:** Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede solicitar PSS solo en el trabajo o por correo.

**DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR:** Por lo general, usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica en papel y en formato electrónico, excepto según lo restrinja la ley.

**DERECHO A ENMENDAR:** Usted tiene derecho a solicitar una enmienda o corrección a su información de salud. Si estamos de acuerdo en que una enmienda o corrección es apropiada, nos aseguraremos de que la enmienda o corrección se adjunte a su registro médico.

**DERECHO A UNA RENDICIÓN DE CUENTAS:** Usted tiene derecho a obtener una declaración de las divulgaciones que se han hecho de su información de salud, excepto para fines de tratamiento, pago u operaciones de rutina (como se detalla anteriormente), o divulgaciones realizadas de conformidad con su autorización específica.

**DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES:** Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. Por lo general, PSS no está obligado a cumplir con las restricciones solicitadas. Sin embargo, si paga la totalidad de su bolsillo por un artículo o servicio de atención médica, debemos cumplir con su solicitud de restringir la divulgación de información médica relacionada con ese artículo o servicio de atención médica a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica.

**DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE AVISO:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso si lo solicita.

**DERECHO A REVOCAR LA AUTORIZACIÓN:** Usted tiene derecho a revocar su autorización para usar o divulgar su información de salud, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de su consentimiento o autorización.

**DERECHO A RECIBIR CIERTAS NOTIFICACIONES:** Usted tiene derecho a recibir una notificación de incumplimiento. Usted tiene derecho a recibir una notificación por escrito si nos enteramos de cualquier adquisición, uso o divulgación no autorizados de su PHI que no haya sido debidamente protegida según lo exige la HIPAA.

### **PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE CÓMO EJERCER ESTOS DERECHOS**

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cualquiera de los derechos enumerados anteriormente, comuníquese con el Oficial de privacidad de PSS a la dirección o al número de teléfono que se indican a continuación.

### **SI CREE QUE SUS DERECHOS HAN SIDO VIOLADOS:**

Puede presentar una queja ante PSS o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante PSS, comuníquese con:

Especialistas pediátricos del  
sueño a la atención de: Oficial de  
privacidad/seguridad  
6011 E. Woodmen Road, Suite 115 Colorado  
Springs, CO. 80923  
719-638-1122

Todas las quejas deben presentarse por escrito. No habrá represalias por presentar una queja.

### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

PSS cumplirá con los términos del Aviso actualmente vigente. PSS se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Cualquier nueva disposición de notificación será efectiva para toda la información de salud protegida que mantenga. Usted tiene derecho a revisar el Aviso en cualquier

Especialistas pediátricos del sueño | ACTUALIZADO en abril de 2022

**LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:** La fecha de vigencia de este Aviso es el 15 de



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

momento. PSS publicará su Aviso, incluidas las revisiones, en PSS y en el sitio web de PSS ([www.pedsleepcs.com](http://www.pedsleepcs.com)).

He leído y entendido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información de Salud.

Firma del paciente/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_