



# HIPAA Y LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE DURANTE EL FORMULARIO DE ENTRADA

Está en su derecho de que su información de salud protegida se mantenga privada ya sea en papel o por archivo electrónico. Este derecho está protegido bajo la ley conocida como

**HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act.**  
(HIPAA por sus siglas en inglés: Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud)

HIPAA también le da otras leyes importantes sobre su información de salud. Dichos derechos están deletreados en Aviso de Prácticas de Privacidad que viene incluido en este paquete de nuevo paciente y también está puesto en la sala de espera. Asegúrese de leer este aviso cuidadosamente.

Su privacidad es muy importante para nosotros y entendemos que cierta información sobre usted y su salud es personal y debe permanecer privada. HIPAA requiere que sigamos precauciones razonables para que su información de salud no sea divulgada a otras personas que no están involucradas en su cuidado. Por esta razón no se le permite a nuestro personal hablar de su información privada durante la cita en grupo de Formulario de Entrada, ya que éste grupo no es un ambiente privado.

Nosotros también necesitamos su ayuda para mantener su información privada mientras esta en el cuarto con otros pacientes. Durante el grupo de Formulario de Entrada de Nuevo Paciente lo animamos a que usted:

- No divulgue ninguna información personal en voz alta.
- No hable sobre sus medicamentos o síntomas enfrente de otros pacientes.

**Si al final del grupo de entrada le gustaría hablar con alguien en privado o si tiene alguna pregunta personal, por favor avísenos.** Con gusto podemos ir a un área privada o cuarto de examen con alguien de nuestro personal clínico.

Al firmar usted reconoce y entiende que el único propósito de este grupo es para recoger información en papel que necesitamos para poder proveerle con una alta calidad de servicios médicos. También usted reconoce y entiende que, aunque no deba hablar con el personal de su información privada durante el Grupo de Formulario de Entrada de Nuevo Paciente, se le dará la oportunidad de hablar con alguien en privado si así lo desee usted.

Nombre (en letras de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

MRN: