

Allergy & Asthma Center of Southern Oregon, PC
3860 Crater Lake Avenue, Medford, OR 97504
Teléfono: (541) 858-1003 Fax: (541) 857-4499



Aviso de Resumen de Prácticas de Privacidad **

Estimado(a) paciente,

Esta carta es para proporcionarle un breve resumen de nuestras políticas de privacidad. Tómese un momento para leer esta información. Esto se proporciona para continuar atendiendo sus necesidades médicas y para cumplir con las normas de privacidad médica federales y estatales.

Como paciente de nuestras clínicas, cierta información sobre usted será recopilada y archivada en nuestra oficina. Esta información incluye: nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, información del seguro, información médica que incluye, entre otros, listas de medicamentos y resultados de diagnóstico, y información personal como dirección, número de teléfono e información del empleador. Con su permiso, podemos solicitar los registros de los profesionales de la salud que ha visto en el pasado. No divulgaremos esta información a terceros, excepto según lo autorice usted mismo en nuestro formulario de Autorización para Usar y Divulgar Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés).

Usted tiene el derecho de ver cualquier información médica suya que tengamos. Para recibir una copia de su información, deberá enviar una solicitud por escrito.

A través de su autorización, el personal de nuestra oficina puede ver su información personal según sea necesario. Esto incluye nuestro personal médico, personal de facturación, recepcionistas / programadores, personal de investigación clínica y personal auxiliar.

Como las oficinas funcionan como un sitio de investigación, además de una clínica médica, nuestro personal de investigación clínica puede ocasionalmente ver su información para determinar si puede ser elegible para un estudio. Potencialmente, podría ser contactado con respecto a una oportunidad de investigación.

Si tiene alguna pregunta con respecto a sus derechos de privacidad, consulte a nuestro personal o comuníquese con:

Oficial de Privacidad: Amber Emanuel
3860 Crater Lake Avenue Medford, OR 97504
541.858.1003

Me gustaría una copia de la **Aviso de Resumen de Prácticas de Privacidad** después de firmado: Sí ___ No ___

** Me gustaría una copia de su **Aviso Completo de prácticas de Privacidad**: Sí _____ No _____

Nombre impreso del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma de paciente (o Guardián)

Fecha