****

**Notificación de Practicas de Confidencialidad (Health Insurance Portability and Accountability Act)**

|  |
| --- |
| ***Esta es una notificación general de nuestras Prácticas de Confidencialidad (HIPAA)****Entendemos la importancia de confidencialidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Creamos un historial médico y dental de los servicios proveídos y puede que recibamos de otros copias de historiales médicos. Utilizamos estos historiales para proveer o facilitar que otros proveedores de salud provean servicios de salud de calidad, para obtener pago por servicios que se le hayan proveído según lo permita su plan de salud y para poder cumplir nuestras obligaciones profesionales y legales para la operación adecuada de esta clínica médica/dental. La ley requiere que mantengamos protegida la confidencialidad de su información médica, que proveamos a individuos una notificación de nuestros deberes y prácticas de confidencialidad con respecto a información médica, y que notifiquemos a los individuos afectados luego de un incumplimiento que haya comprometido la confidencialidad de información médica, Un documento con descripciones más detalladas de sus derechos y nuestras prácticas está disponible para que lo pueda examinar y puede obtener una copia si la solicita. Esta notificación describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Para más información, puede visitar* [*www.hhs.gov/ocr/privacy/*](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/)***Si tiene preguntas acerca de esta notificación, por favor contacte nuestro Compliance Officer al 612-822-9030 o puede enviarlas por escrito a la siguiente dirección:******Compliance Officer- Southside Community Health Services******4243 4th Ave. South******Minneapolis MN. 55409******Reconozco que se me ha informado de las Prácticas de Confidencialidad (HIPAA Privacy Practices) de Southside y se me ha ofrecido una copia de la descripción detallada de estas prácticas.******Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentesco con el paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******(padres deben completar si el paciente es un menor)******Nombre del paciente si el padre está firmando por un menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******Si quisiera una copia detallada de la Notificación de Confidencialidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******No en este momento no deseo una copia detallada de la Notificación de Confidencialidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Organizaciones cubiertas bajo esta notificación:**Southside Community Health Services (SCHS)**Southside Dental Clinic and Mobile Dental Services**Southside Vision Clinic* *Southside Medical Clinic**Southside Behavioral Health Clinic* |