



El área de la Medicina de Perinatología o Materno-Fetal es la sub-especialidad del área de ginecología y obstetricia que se enfoca en la atención médica de embarazos de alto riesgo y la evaluación de las anomalías del feto.

Para ayudar a proporcionar a nuestros pacientes atención de la más alta calidad, por favor revise las políticas de nuestra clínica indicadas abajo y así nos ayudará a mantenernos enfocados en nuestros pacientes.

- Por favor llegue 30 minutos antes de su cita para completar todo el papeleo necesario.
- Por favor traiga su licencia de conducir/tarjeta de identidad y su tarjeta/información de seguro médico actual, y esté preparado para hacer su co-pago/responsabilidad del paciente al tiempo de su visita.
- Durante todas las citas programadas se permite solo UNA persona en el cuarto de ultrasonido.
- NO SE PERMITEN NIÑOS en la sala de ultrasonidos, por favor haga arreglos previos para el cuidado de niños.
- No se permiten alimentos y bebidas en la clínica por consideración a otros pacientes, pero, podrían permitirse en la sala de espera.
- No se permiten cámaras de video, cámaras ni llaves de memoria, se le proveerán fotos de ultrasonido.
- Le rogamos mantener los teléfonos celulares apagados durante su cita.
- Si necesita cancelar o reprogramar una cita por favor notifique a nuestra clínica con 24 horas de anticipación, sin embargo, entendemos que pueden ocurrir emergencias.
- Si usted llega tarde a su cita, haremos nuestro mejor esfuerzo por atenderla, sin embargo, debemos atender a los pacientes a las horas programadas.

Si usted tiene preguntas acerca de estas políticas, por favor póngase en contacto con nuestra oficina antes de su cita programada. Apreciamos la recomendación de su médico y tener la oportunidad de participar en su atención médica.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE  
(PATIENT INFORMATION)**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2do Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado Marital:  S  C  D  V Nombre del Esposo(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Estudiante:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  No es Estudiante Raza: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

---

Estatus de Empleo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Trabajador Autónomo  Desempleado  Militar  Discapacitado

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

---

Médico quien le envía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de Cuidado Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

---

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

---

Nombre del Seguro Médico Primario: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Médico Secundario: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR**  
**(FAMILY MEDICAL HISTORY)**

Por favor marque cualquiera de los siguientes que aplique a su familia y/o a la familia del padre del bebé.  
Por favor considere: padres, hermanos, hermanas, tías, tíos, primos y abuelos

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anencefalia (cráneo abierto)   | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal (por ejemplo, Riñón Poliquístico)         |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Defectos de las Extremidades (brazos, piernas)             |
| <input type="checkbox"/> Ceguera  | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Retraso Mental   |
| <input type="checkbox"/> Anormalidades Cromosomales   | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular/Miotónica                               |
| <input type="checkbox"/> Labio Leporino/Paladar Hendido   | <input type="checkbox"/> Neurofibromatosis  |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística  | <input type="checkbox"/> Trastorno Neurológico o Degenerativo                       |
| <input type="checkbox"/> Sordera  | <input type="checkbox"/> Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)             |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Down  | <input type="checkbox"/> Anemia de la Célula Falciforme                             |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones   | <input type="checkbox"/> Problemas Esqueléticos (huesos rotos fácilmente, enanismo) |
| <input type="checkbox"/> Defecto Cardíaco   | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel (manchas claras u oscuras)         |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia (trastorno del sangrado)   | <input type="checkbox"/> Espina Bífida (columna abierta)                            |
| <input type="checkbox"/> Corea de Huntington  | <input type="checkbox"/> Talasemia (Alfa o Beta)                                    |
| <input type="checkbox"/> Hidrocefalia (agua en el cerebro)  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Tracto Urinario                             |
| <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento o trastornos hereditarios NO mencionados arriba _____ |   |
| <input type="checkbox"/> NINGUNA DE LAS ANTERIORES  |   |

**USTED O EL PADRE DEL BEBÉ**

Por favor, marque SI o NO a todas las preguntas para completar el cuestionario, continua en la página siguiente

- | SÍ                       | NO                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene usted cualquier defecto de nacimiento, discapacidad o trastorno que podría ser hereditario?                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido hijos previamente con defectos de nacimiento, discapacidades o enfermedades genéticas?                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene hijos que fallecieron (excepto por accidentes)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene hermanos, hermanas o padres con alguna discapacidad, defecto congénito o enfermedad genética?                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene tíos, tías, primos, abuelos, sobrinos o sobrinas con alguna discapacidad, defecto de nacimiento o enfermedad genética? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sabe de algún familiar con retraso mental (incluso leve) o con problemas de aprendizaje?                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene cualquier familiares que han tenido múltiples abortos espontáneos (dos o más) o niños nacidos muertos?                 |

SÍ      NO

- \_\_\_ \_\_\_ ¿Tiene 34 años de edad o más?
- \_\_\_ \_\_\_ ¿El padre de su bebé tiene 55 años de edad o más?
- \_\_\_ \_\_\_ ¿Son usted y el padre del bebé parientes consanguíneos (familia)?
- \_\_\_ \_\_\_ ¿Ha tenido usted un bebé nacido muerto o dos o más abortos espontáneos? \_\_\_\_\_
- \_\_\_ \_\_\_ ¿Tiene usted diabetes? Sí es así, ¿a qué edad se le diagnosticó? \_\_\_\_\_
- \_\_\_ \_\_\_ Si usted tiene diabetes, ¿está tomando insulina? \_\_\_\_\_
- \_\_\_ \_\_\_ ¿Tiene usted alguna otra condición médica? \_\_\_\_\_
- \_\_\_ \_\_\_ ¿De qué raza es el padre de su bebé? \_\_\_\_\_
- \_\_\_ \_\_\_ ¿De qué países son sus antepasados originalmente? Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_  
(Sea específico – Inglaterra, África, Vietnam, etc.)
- \_\_\_ \_\_\_ ¿Es usted o el padre del bebé Judío, Franco Canadiense o Cajún? \_\_\_\_\_
- \_\_\_ \_\_\_ ¿Se le ha hecho la prueba de sangre de alfa-feto proteína (AFP) o la prueba de sangre de detección triple?  
Si es sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL DE EXPOSICIONES AMBIENTALES**

Por favor, marque SÍ o NO a todas las preguntas para completar el cuestionario.

- | SÍ  | NO  |  |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | ¿Ha tomado algún medicamento recetado o medicamento sin receta desde que quedó embarazada?<br>Liste: _____<br>Haga un círculo si aplica: Accutane, Medicamento para la Epilepsia, Litio, Diluyente de Sangre (anti-coagulante), etc. |
| ___ | ___ | ¿Ha tenido alguna enfermedad o infección durante el embarazo?<br>Liste: _____  |
| ___ | ___ | ¿Ha tenido fiebre de más de 101 grados o ha tomado baños en un sauna/jacuzzi durante el embarazo?  |
| ___ | ___ | ¿Le han hecho cirugía o Rayos-X desde que quedó embarazada?<br>Especifique: _____ Cuándo: _____  |
| ___ | ___ | ¿Ha consumido alcohol durante el embarazo?<br>Especifique cuándo y cuánto: ____  |
| ___ | ___ | ¿Ha fumado durante su embarazo?<br>Especifique cuándo y cuánto: ____   |
| ___ | ___ | ¿Ha utilizado cualquier otra droga durante el embarazo?<br>Especifique cuándo y cuánto: ____   |
| ___ | ___ | ¿Ha tomado usted vitaminas, suplementos o preparaciones herbales durante este embarazo?<br>Liste: _____  |

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento del Paciente para Compartir Información Personal de la Salud**  
**Patient Consent to Share Personal Health Information**

Por la presente autorizo a Mid-South Perinatal Associates, PC a compartir mi información personal de la salud con las personas nombradas a continuación hasta nuevo aviso escrito por mí:

Citas de Retorno:	SÍ	NO	Resultados de Ultrasonido:	SÍ	NO
Exámenes del Paciente:	SÍ	NO	Regresar Llamadas:	SÍ	NO
Resultados de Laboratorio:	SÍ	NO	Resultados de Amino:	SÍ	NO

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de Revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad**

Me han dado la oportunidad de revisar el Aviso de las Prácticas de Privacidad de Mid-South Perinatal Associates, PC, el cual explica como mi información médica será utilizada y divulgada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento si lo pido.

**Autorización para el Uso del Buzón de Voz/Mensajes de Texto para Información Personal de la Salud**

Yo doy permiso para dejar un mensaje en mi buzón de voz a cualquier número de teléfono dado a Mid-South Perinatal Associates, PC con respecto a mi información personal de la salud.     Rehusar esta opción

Yo doy permiso para recibir recordatorios de citas por mensaje de texto vía Televox con números de teléfono celular proporcionados por Mid-South Perinatal Associates, PC.     Rehusar esta opción

**Asignación y Autorización de Acuerdo de Beneficios/Finanzas**

Por la presente autorizo que se haga el pago de los beneficios del seguro médico directamente a Mid-South Perinatal Associates, PC por los servicios otorgados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos sean o no sean cubiertos por el seguro médico. En caso de incumplimiento, estoy de acuerdo a pagar todos los costos de recolección y honorarios de abogado razonables. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a compartir toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios y autorizar la firma de todos los envíos a seguros médicos ya sea manual o electrónico. Comprendo que ciertos exámenes ordenados por los médicos de Mid-South Perinatal Associates, PC podrían ser considerados "sin cobertura" o "no médicamente necesarios" por la compañía de seguro médico y asumo toda la responsabilidad por los servicios no pagados. Además, acepto que una fotocopia de este contrato es tan válida como el original.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**POLÍTICA DE ASISTENCIA DE NIÑOS  
RECORDATORIO IMPORTANTE – EFECTIVO INMEDIATAMENTE  
(CHILD ATTENDANCE POLICY)**

Estimado Paciente,

Mid-South Perinatal Associates, PC tiene una política de larga existencia de no permitir niños en la sala de ultrasonido mientras se está realizando un escaneo. El propósito de esta política es crear un ambiente silencioso donde nuestros tecnólogos de ultrasonido puedan realizar una ecografía exacta y completa. Nuestra política asegura la integridad del procedimiento de ultrasonido, así como la seguridad de sus hijos.

Debemos, por lo tanto, hacer cumplir nuestra política y no permitir niños en la sala de ultrasonido. Los niños pueden permanecer en la sala de espera con la supervisión adecuada de un adulto durante el ultrasonido.

Nos reservamos el derecho de cancelar citas si los pacientes llegan con niños que serán dejados desatendidos durante los procedimientos, pruebas, y/o sesiones de consejería.

Gracias por su comprensión y cooperación en este respecto. Nuestra meta es continuar esforzándonos para que nuestros pacientes y sus familias disfruten de una experiencia positiva enfocada en el paciente e impulsada hacia la calidad. Si usted tiene preguntas o inquietudes, por favor póngase en contacto con Jenna Britt, Supervisora de la Clínica, al 731-541-6939.

El Personal de Mid-South Perinatal

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Consentimiento del Paciente para el Uso o Divulgación de Información de Salud por el Médico(s)  
Para Tratamiento, Pago y Operaciones de Cuidado de Salud**

(Patient Consent for Physician(s) to Use or Disclose Health Care Information For Treatment, Payment and Health Care Operations)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Entiendo que mi información médica es privada y confidencial. Entiendo que Mid-South Perinatal Associates, PC trabaja arduamente para proteger mi privacidad y preservar la confidencialidad de mi información personal de salud.

Entiendo que el firmar este documento significa que Mid-South Perinatal Associates, PC puede usar y/o revelar mi información personal de salud para ayudar a proporcionarme atención médica, para manejar la facturación y pago y para manejar otras operaciones de salud. El no firmar este consentimiento podría resultar en que el médico se niegue a tratarme.

Mid-South Perinatal Associates, PC tiene un documento detallado llamado "Aviso de Prácticas de Privacidad." El mismo contiene más información sobre las políticas y prácticas utilizadas para proteger la privacidad de sus pacientes. Entiendo que tengo derecho a leer el "Aviso" antes de firmar este acuerdo. Mid-South Perinatal Associates, PC podría actualizar este "Aviso de Prácticas de Privacidad". Si lo solicito, Mid-South Perinatal Associates, PC me proporcionará el documento más actualizado.

Bajo los términos de esta autorización, puedo pedirle a Mid-South Perinatal Associates, PC que limite como mi información de salud personal es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y/o atención médica. Entiendo que Mid-South Perinatal Associates, PC no tiene que aceptar mi petición. Si Mid-South Perinatal Associates, PC, no acepta mi petición, entiendo que Mid-South Perinatal Associates, PC seguirá los límites acordados.

Entiendo que tengo derecho a cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Si cancelo el consentimiento, entiendo que Mid-South Perinatal Associates, PC podría ya haber usado o divulgado información sobre mí y que cancelar este consentimiento no afectaría la información ya usada o divulgada.

Puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento por una de las siguientes maneras:

1. Al firmar y fechar una forma que Mid-South Perinatal Associates, PC puede darme llamada la "Revocación del Consentimiento para Uso y Divulgación de Información de Salud," o
2. Al escribir, firmar y fechar una carta a Mid-South Perinatal Associates, PC. Si escribo una carta, debe de decir que quiero revocar mi consentimiento para autorizar el uso y divulgación de la información personal de salud del paciente para el tratamiento, pago y operaciones para cuidado de salud.

Entiendo que si cancelo este consentimiento, Mid-South Perinatal Associates, PC no me tiene que proporcionar más servicios de salud.

Mi firma abajo indica que se me ha dado la oportunidad de revisar una copia actual del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Mid-South Perinatal Associates, PC.

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

**Mid-South Perinatal Associates, PC**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA**  
(HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICE)

*Aviso de Prácticas de Privacidad Efectivo el 24 de junio del 2013*

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y  
DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso de Prácticas de Privacidad, por favor pregúntele a un miembro del personal del lugar donde usted recibe servicios de salud. También puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad (el Gerente de la Clínica) al 731-541-6939, la información para contactarle es proporcionada al final de este Aviso.

**MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES, PC ESTÁ COMPROMETIDO CON SU PRIVACIDAD**

En Mid-South Perinatal Associates, PC, guardamos información médica acerca de usted para proporcionarle cuidado y para cumplir con requisitos legales. También entendemos que su información médica es privada.

La ley nos obliga a...

- proteger su información médica
- darle este Aviso
- cumplir con los términos del Aviso.

**DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

En este documento utilizaremos palabras que tendrán el siguiente significado:

- "Aviso" se utiliza para referirse a este Aviso de Prácticas de Privacidad
- "MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES" significa Mid-South Perinatal Associates, PC, junto con su personal médico y organizaciones afiliadas listadas al final de este Aviso
- "nosotros" o "nuestro" significa uno o más de los proveedores licenciados y el personal de Mid-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES
- "usted" significa el paciente acerca de quién se trata la información médica
- "información médica" incluye todos los registros en papel o electrónicos de su atención que lo identifican y relatan su condición o salud física o mental pasada, presente o futura incluyendo información acerca de pago y facturación por sus servicios de atención médica
- "utilizar" significa compartir o utilizar su información médica dentro de Mid-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES
- "compartir" o "divulgar" significa liberar, dar acceso o proporcionar su información médica a alguien fuera de Mid-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES.

**CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN SOBRE USTED**

MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES y su personal médico; empleados profesionales de la salud incluyendo médicos, enfermeras, asociados para la atención, otros empleados; los aprendices y estudiantes; voluntarios; y asociados de negocios cumplen con los términos de este Aviso. MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES utiliza sistemas de registro electrónico para coordinar su atención médica de forma más eficiente y segura a través de muchas personas y lugares. Medidas de seguridad física y técnica se utilizan para proteger la información en estos sistemas, y MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES también utiliza políticas y adiestramiento para restringir el uso de su información a sólo aquellos que lo necesitan para hacer su trabajo.

Médicos y otras personas que no son empleados por MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES; pueden compartir información sobre usted con los empleados de MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES para poder proporcionarle cuidado de salud. Estos proveedores de cuidado que no pertenecen a MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES también pueden darle a usted sus avisos que describen sus prácticas de privacidad para la información que mantienen fuera de MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES.

Todos estos hospitales, clínicas, médicos y otros proveedores de salud, programas y servicios pueden compartir su información médica entre ellos para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. A continuación se describe las formas generales en las que podemos utilizar y compartir su información.

**Tratamiento:** Podríamos utilizar y compartir su información médica para proporcionarle servicios de salud. *Por ejemplo, su información médica puede ser proporcionada a su obstetra/ginecólogo para continuar su tratamiento.* También podríamos compartir información médica sobre usted para proveerle artículos y servicios tales como medicamentos, exámenes de laboratorio y radiografías y para hacer arreglos para el transporte, el cuidado en el hogar, para expertos en dispositivos o equipo médico, o con agencias de la comunidad y miembros de la familia. Esta información médica puede ser compartida cuando sea necesario con el fin de planificar o brindar su atención.

**Pago:** Podemos utilizar y compartir su información para que MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES u otros proveedores de cuidado de la salud que le han prestado servicios, como una agencia de ambulancias, puedan facturar y recaudar el pago por esos servicios.

**Mid-South Perinatal Associates, PC**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA**  
(HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICE)

*Por ejemplo, nosotros podemos compartir su información médica con su plan de salud para que su plan de salud pague por la atención que recibió en MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES, o para obtener aprobación previa para un procedimiento o para permitir que su plan de salud revise sus registros para asegurarse de que han pagado la cantidad correcta a MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES. Nosotros también podemos compartir su información con una agencia de colección cuando sea necesario con el fin de obtener un pago atrasado.*

**Operaciones de Cuidado de la Salud:** Podemos utilizar y compartir información sobre usted para tareas empresariales necesarias para operar MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES. Siempre que sea práctico podemos eliminar la información que le identifique. *Por ejemplo podríamos utilizar o compartir su información médica:*

- *para cumplir con las leyes y regulaciones*
- *para educación y adiestramiento de cuidado de la salud*
- *para realizar funciones relacionadas con licencias, certificación y acreditación*
- *para mejorar nuestra atención y servicio*
- *para nuestro presupuesto y planificación*
- *para servicios legales y programas de cumplimiento*
- *para llevar a cabo auditorías*
- *para mantener los sistemas de computadora*
- *para evaluar el desempeño de nuestro personal al brindarle su cuidado*
- *para tomar decisiones sobre servicios adicionales que MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES debería ofrecer*
- *para hacer encuestas de satisfacción del paciente*
- *para facturar y recaudar pagos.*

Cuando se comparte información con terceros (llamados "asociados de negocios") que realizan estas tareas en nombre de MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES, los asociados de negocios también están obligados a proteger y restringir el uso de su información médica.

**Contacto con Usted acerca de Citas, Seguros y Otros Asuntos:** Podríamos contactarle por correo, teléfono o correo electrónico sobre citas, preguntas de registración, para actualizar la información de seguros médicos, facturación o asuntos de pago, resultados de exámenes, para dar seguimiento a la atención recibida, o para preguntar sobre la calidad de los servicios que le hemos proporcionado. Podríamos dejarle mensajes de voz en el teléfono que usted nos provea.

**Alternativas de Tratamiento o Noticias de la Salud y Servicios:** Podríamos utilizar o compartir su información para informarle de opciones de tratamiento o productos o servicios relacionados a la salud que podrían interesarle.

**Familiares y Amistades Involucrados en Su Cuidado o Pago por Su Atención:** Podríamos compartir información sobre usted con sus familiares y amistades involucrados en su cuidado o en el pago por su atención. Siempre que sea posible, vamos a permitirle que nos diga quién usted desea que esté involucrado en su cuidado. Sin embargo, en situaciones de emergencia u otras situaciones en las que usted es incapaz de decirnos con quien compartir información, utilizaremos nuestro mejor juicio y compartiremos sólo la información que otros necesiten saber. También podríamos compartir su información con una agencia pública o privada durante un desastre para que la agencia pueda ayudar a contactar a su familia o amistades para dejarles saber su ubicación y decirles como está usted.

**Para Detener una Amenaza Seria para la Salud o la Seguridad:** Cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave y urgente a la salud y la seguridad suya o de otra persona, podríamos compartir su información médica.

**Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podríamos compartir su información médica con el personal militar como sea autorizado o requerido por la ley. También podríamos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

**Compensación del Trabajador:** Podríamos compartir información médica sobre usted con quienes lo necesitan con el fin de proporcionar beneficios por enfermedad o accidentes de trabajo.

**Actividades de Supervisión de la Salud y Reportes para la Salud Pública:** Podríamos compartir información con agencias de supervisión de la salud para actividades como auditorías, investigaciones, inspecciones y revisión de los requisitos para obtener una licencia. También podemos compartir su información médica para presentar reportes a las autoridades de salud pública estatales.

*Algunos ejemplos de las razones para estos reportes son:*

- *para prevenir o controlar enfermedades y lesiones*
- *para reportar eventos como nacimientos y muertes*
- *para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos*

**Mid-South Perinatal Associates, PC**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA**  
(HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICE)

- para notificar a personas de productos que fueron retirados del mercado que puedan estar usando
- para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede propagar una enfermedad
- para notificar a las autoridades apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Demandas y Disputas:** Podríamos compartir su información médica según indicado por mandato del juez, orden de comparecencia, solicitud de descubrimiento, orden judicial, citación u otras instrucciones legales de un tribunal o entidad pública cuando sea necesario para un procedimiento legal o administrativo.

**Cumplimiento de la Ley:** Podemos divulgar su información médica a un agente de la ley, como sea autorizado o requerido por la ley:

- en respuesta a un mandato del juez, orden de comparecencia, orden judicial, citación o proceso similar
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida
- si es sospechoso de ser víctima de un crimen, generalmente con su permiso
- sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de un crimen
- sobre conducta criminal en la clínica
- en caso de emergencia, para reportar un crimen; la ubicación del crimen o víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

**Podríamos Compartir Su Información Con:**

- médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que puedan realizar sus tareas
- funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional
- funcionarios federales que brindan servicios de protección para el Presidente y otros como jefes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales
- una institución correccional si usted es un recluso
- un agente del cumplimiento de la ley si usted está bajo custodia de la policía u otro oficial de la ley

**OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

No utilizaremos o compartiremos su información médica por otras razones que no sean las descritas anteriormente sin su consentimiento por escrito. *Por ejemplo, quizás a usted le gustaría que nosotros le demos información médica a su empleador o a la escuela de su hijo.* Compartiremos su información médica para propósitos como éste sólo si usted da su consentimiento por escrito. Usted puede revocar la aprobación, por escrito, en cualquier momento, pero no podemos recuperar cualquier información médica que ya ha sido compartida con su aprobación.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Los registros que creamos y mantenemos utilizando su información médica pertenecen a MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES, pero usted tiene los siguientes derechos:

**Derecho a Revisar y a Obtener Una Copia de Su información Médica:** Usted tiene el derecho de ver y obtener una copia de su información médica, incluyendo registros de cobros. Primero usted debe hacer su petición por escrito a la dirección proporcionada al final de este Aviso. Podríamos cobrar una tarifa para cubrir las copias, el envío y otros costos y suministros utilizados para responder a su petición. Podríamos negarle su solicitud de cierta información en casos muy limitados. Si denegamos su solicitud, le daremos la razón de la negación por escrito. En algunos casos, usted puede solicitar que la negación sea revisada por un profesional de la salud licenciado elegido por MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES.

**Derecho a Pedir un Cambio en su Información Médica:** Si usted cree que nuestra información acerca de usted es incorrecta o incompleta, usted puede solicitar que corrijamos el expediente escribiendo a la dirección indicada al final de este Aviso. Su petición por escrito debe dar la razón por la que usted pide la corrección. Si aceptamos su solicitud, le diremos que estamos de acuerdo y añadiremos la corrección. No podemos remover nada del expediente. Podemos añadir nueva información para completar o corregir la información existente. Con su ayuda, notificaremos a otros quienes tienen información médica incorrecta o incompleta. Si denegamos su solicitud, le comunicaremos por escrito las razones. Si denegamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración escrita diciendo lo que usted cree que no es correcto o que falta. Nosotros agregaremos su declaración escrita a sus registros y la incluiremos cuando compartamos la parte de su expediente médico que se relaciona a su declaración escrita.

**Derecho a Pedir una Contabilidad de Divulgaciones:** Usted tiene el derecho a solicitar una lista de cuando su información médica fue compartida sin su consentimiento escrito.

Esta lista no incluirá usos o divulgaciones:

- para llevar a cabo tratamiento, pagos u operaciones de atención médica
- a su persona o a su representante personal
- a sus familiares o amistades que están involucrados en su cuidado

RICHARD K. WAGNER, MD, FACOG • NATHAN J. HOELDTKE, MD, FACOG  
BOARD CERTIFIED IN MATERNAL-FETAL MEDICINE

620 SKYLINE DR., JACKSON, TN 38301-3923 • PHONE: 731-541-6939 • FAX: 731-541-7346 • [www.midsouthperinatal.com](http://www.midsouthperinatal.com)

**Mid-South Perinatal Associates, PC**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA**  
**(HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICE)**

- como es requerido o permitido por la ley como se describió anteriormente
- como parte de un conjunto de datos limitados con identificadores directos eliminados

Cualquier solicitud de esta lista debe hacerse por escrito al Oficial de Privacidad (el Gerente de la Clínica), a la dirección indicada a continuación. Su petición debe indicar el período de tiempo por el cual desea obtener la lista. El período de tiempo no puede ser de más de seis años y no puede comenzar antes del 14 de abril del 2003. La primera lista que usted pida dentro de un período de 12 meses será gratis. Le cobraremos una tarifa por solicitudes adicionales durante ese mismo período.

**Derecho a Pedir Límites Sobre Cómo Se Usa y Comparte Su Información Médica:** Usted tiene derecho a pedir que limitemos nuestro uso o intercambio de información sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a pedirnos que limitemos la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago por su atención, como un miembro de la familia o una amistad. *Por ejemplo, usted podría pedir que no compartamos información sobre un procedimiento que tuvo.* Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar su petición. Por lo general, no aceptamos restricciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Le notificaremos si no estamos de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, nuestro acuerdo debe ser por escrito, y cumpliremos con la restricción a no ser que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia para usted. Nosotros podemos poner fin a la restricción si le dejamos saber. Si terminamos la restricción, sólo afectará la información médica que fue creada o recibida después de que le notifiqemos.

Usted debe someter su solicitud para restringir el uso e intercambio de su información médica por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección que aparece al final de este Aviso. En su petición, debe decirnos (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién quiere aplicar los límites.

**Derecho a Pedir Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar. *Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros le contactemos sólo en el trabajo o a un apartado de correo.* Usted debe hacer su petición por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección que aparece al final de este Aviso. No necesitamos saber la razón de su petición. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. También se le requerirá que nos diga a qué dirección enviar facturas de pago. Aceptamos todos los pedidos razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted usando la forma o ubicación solicitada, podríamos contactarlo utilizando cualquier información que tengamos.

**Derecho a Obtener una Copia Impresa de esta Notificación:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso, incluso si usted ha acordado recibir este Aviso electrónicamente. Usted puede obtener una copia en cualquiera de nuestras facilidades, comunicándose con el Oficial de Privacidad al número más abajo.

**CAMBIOS A ESTE AVISO**

Tenemos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Cualquier cambio podría aplicarse a la información médica que ya tengamos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. La fecha de efectividad de este Aviso se encuentra en la primera página.

**CÓMO HACER UNA PREGUNTA O REPORTAR UNA QUEJA**

Si usted tiene preguntas sobre este Aviso o quiere hablar acerca de un problema sin presentar una queja formal, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad al 731-541-6939. La Oficial de Privacidad es la Gerente de la Clínica, Jenna Britt. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito con nosotros. Envíela al Oficial de Privacidad de MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES a la dirección indicada más abajo. También puede presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Usted no será tratado de manera diferente por presentar una queja.

**COMO CONTACTARNOS:**

Oficial de Privacidad: Jenna Britt  
Practice Manager  
Mid-South Perinatal Associates, PC  
620 Skyline Dr.  
Jackson, TN 38301-3923  
Teléfono: 731-541-6939  
Fax: 731-541-7346

Fecha de revisión: 24/junio/2013

**Mid-South Perinatal Associates, PC**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA**  
**(HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICE)**

*Aviso de Prácticas de Privacidad Efectivo el 24 de junio del 2013*

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y  
DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso de Prácticas de Privacidad, por favor pregúntele a un miembro del personal del lugar donde usted recibe servicios de salud. También puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad (el Gerente de la Clínica) al 731-541-6939, la información para contactarle es proporcionada al final de este Aviso.

**MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES, PC ESTÁ COMPROMETIDO CON SU PRIVACIDAD**

En Mid-South Perinatal Associates, PC, guardamos información médica acerca de usted para proporcionarle cuidado y para cumplir con requisitos legales. También entendemos que su información médica es privada.

La ley nos obliga a...

- proteger su información médica
- darle este Aviso
- cumplir con los términos del Aviso.

**DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

En este documento utilizaremos palabras que tendrán el siguiente significado:

- "Aviso" se utiliza para referirse a este Aviso de Prácticas de Privacidad
- "MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES" significa Mid-South Perinatal Associates, PC, junto con su personal médico y organizaciones afiliadas listadas al final de este Aviso
- "nosotros" o "nuestro" significa uno o más de los proveedores licenciados y el personal de MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES
- "usted" significa el paciente acerca de quién se trata la información médica
- "información médica" incluye todos los registros en papel o electrónicos de su atención que lo identifican y relatan su condición o salud física o mental pasada, presente o futura incluyendo información acerca de pago y facturación por sus servicios de atención médica
- "utilizar" significa compartir o utilizar su información médica dentro de MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES
- "compartir" o "divulgar" significa liberar, dar acceso o proporcionar su información médica a alguien fuera de MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES.

**CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN SOBRE USTED**

MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES y su personal médico; empleados profesionales de la salud incluyendo médicos, enfermeras, asociados para la atención, otros empleados; los aprendices y estudiantes; voluntarios; y asociados de negocios cumplen con los términos de este Aviso. MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES utiliza sistemas de registro electrónico para coordinar su atención médica de forma más eficiente y segura a través de muchas personas y lugares. Medidas de seguridad física y técnica se utilizan para proteger la información en estos sistemas, y MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES también utiliza políticas y adiestramiento para restringir el uso de su información a sólo aquellos que lo necesitan para hacer su trabajo.

Médicos y otras personas que no son empleados por MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES pueden compartir información sobre usted con los empleados de MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES para poder proporcionarle cuidado de salud. Estos proveedores de cuidado que no pertenecen a MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES también pueden darle a usted sus avisos que describen sus prácticas de privacidad para la información que mantienen fuera de MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES.

Todos estos hospitales, clínicas, médicos y otros proveedores de salud, programas y servicios pueden compartir su información médica entre ellos para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. A continuación se describen las formas generales en las que podemos utilizar y compartir su información.

**Tratamiento:** Podríamos utilizar y compartir su información médica para proporcionarle servicios de salud. *Por ejemplo, su información médica puede ser proporcionada a su obstetra/ginecólogo para continuar su tratamiento.* También podríamos compartir información médica sobre usted para proveerle artículos y servicios tales como medicamentos, exámenes de laboratorio y radiografías y para hacer arreglos para el transporte, el cuidado en el hogar, para expertos en dispositivos o equipo médico, o con agencias de la comunidad y miembros de la familia. Esta información médica puede ser compartida cuando sea necesario con el fin de planificar o brindar su atención.

**Pago:** Podemos utilizar y compartir su información para que MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES u otros proveedores de cuidado de la salud que le han prestado servicios, como una agencia de ambulancias, puedan facturar y recaudar el pago por esos servicios.

**Mid-South Perinatal Associates, PC**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA**  
**(HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICE)**

*Por ejemplo, nosotros podemos compartir su información médica con su plan de salud para que su plan de salud pague por la atención que recibió en MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES, o para obtener aprobación previa para un procedimiento o para permitir que su plan de salud revise sus registros para asegurarse de que han pagado la cantidad correcta a MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES. Nosotros también podemos compartir su información con una agencia de colección cuando sea necesario con el fin de obtener un pago atrasado.*

**Operaciones de Cuidado de la Salud:** Podemos utilizar y compartir información sobre usted para tareas empresariales necesarias para operar MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES. Siempre que sea práctico podemos eliminar la información que le identifique. *Por ejemplo podríamos utilizar o compartir su información médica:*

- *para cumplir con las leyes y regulaciones*
- *para educación y adiestramiento de cuidado de la salud*
- *para realizar funciones relacionadas con licencias, certificación y acreditación*
- *para mejorar nuestra atención y servicio*
- *para nuestro presupuesto y planificación*
- *para servicios legales y programas de cumplimiento*
- *para llevar a cabo auditorías*
- *para mantener los sistemas de computadora*
- *para evaluar el desempeño de nuestro personal al brindarle su cuidado*
- *para tomar decisiones sobre servicios adicionales que MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES debería ofrecer*
- *para hacer encuestas de satisfacción del paciente*
- *para facturar y recaudar pagos.*

Cuando se comparte información con terceros (llamados "asociados de negocios") que realizan estas tareas en nombre de MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES, los asociados de negocios también están obligados a proteger y restringir el uso de su información médica.

**Contacto con Usted acerca de Citas, Seguros y Otros Asuntos:** Podríamos contactarle por correo, teléfono o correo electrónico sobre citas, preguntas de registración, para actualizar la información de seguros médicos, facturación o asuntos de pago, resultados de exámenes, para dar seguimiento a la atención recibida, o para preguntar sobre la calidad de los servicios que le hemos proporcionado. Podríamos dejarle mensajes de voz en el teléfono que usted nos provea.

**Alternativas de Tratamiento o Noticias de la Salud y Servicios:** Podríamos utilizar o compartir su información para informarle de opciones de tratamiento o productos o servicios relacionados a la salud que podrían interesarle.

**Familiares y Amistades Involucrados en Su Cuidado o Pago por Su Atención:** Podríamos compartir información sobre usted con sus familiares y amistades involucrados en su cuidado o en el pago por su atención. Siempre que sea posible, vamos a permitirle que nos diga quién usted desea que esté involucrado en su cuidado. Sin embargo, en situaciones de emergencia u otras situaciones en las que usted es incapaz de decirnos con quien compartir información, utilizaremos nuestro mejor juicio y compartiremos sólo la información que otros necesiten saber. También podríamos compartir su información con una agencia pública o privada durante un desastre para que la agencia pueda ayudar a contactar a su familia o amistades para dejarles saber su ubicación y decirles como está usted.

**Para Detener una Amenaza Seria para la Salud o la Seguridad:** Cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave y urgente a la salud y la seguridad suya o de otra persona, podríamos compartir su información médica.

**Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podríamos compartir su información médica con el personal militar como sea autorizado o requerido por la ley. También podríamos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

**Compensación del Trabajador:** Podríamos compartir información médica sobre usted con quienes lo necesitan con el fin de proporcionar beneficios por enfermedad o accidentes de trabajo.

**Actividades de Supervisión de la Salud y Reportes para la Salud Pública:** Podríamos compartir información con agencias de supervisión de la salud para actividades como auditorías, investigaciones, inspecciones y revisión de los requisitos para obtener una licencia. También podemos compartir su información médica para presentar reportes a las autoridades de salud pública estatales.

*Algunos ejemplos de las razones para estos reportes son:*

- *para prevenir o controlar enfermedades y lesiones*
- *para reportar eventos como nacimientos y muertes*
- *para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos*

**Mid-South Perinatal Associates, PC**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA**  
**(HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICE)**

- para notificar a personas de productos que fueron retirados del mercado que puedan estar usando
- para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede propagar una enfermedad
- para notificar a las autoridades apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Demandas y Disputas:** Podríamos compartir su información médica según indicado por mandato del juez, orden de comparecencia, solicitud de descubrimiento, orden judicial, citación u otras instrucciones legales de un tribunal o entidad pública cuando sea necesario para un procedimiento legal o administrativo.

**Cumplimiento de la Ley:** Podemos divulgar su información médica a un agente de la ley, como sea autorizado o requerido por la ley:

- en respuesta a un mandato del juez, orden de comparecencia, orden judicial, citación o proceso similar
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida
- si es sospechoso de ser víctima de un crimen, generalmente con su permiso
- sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de un crimen
- sobre conducta criminal en la clínica
- en caso de emergencia, para reportar un crimen; la ubicación del crimen o víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

**Podríamos Compartir Su Información Con:**

- médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que puedan realizar sus tareas
- funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional
- funcionarios federales que brindan servicios de protección para el Presidente y otros como jefes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales
- una institución correccional si usted es un recluso
- un agente del cumplimiento de la ley si usted está bajo custodia de la policía u otro oficial de la ley

**OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

No utilizaremos o compartiremos su información médica por otras razones que no sean las descritas anteriormente sin su consentimiento por escrito. *Por ejemplo, quizás a usted le gustaría que nosotros le demos información médica a su empleador o a la escuela de su hijo.* Compartiremos su información médica para propósitos como éste sólo si usted da su consentimiento por escrito. Usted puede revocar la aprobación, por escrito, en cualquier momento, pero no podemos recuperar cualquier información médica que ya ha sido compartida con su aprobación.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Los registros que creamos y mantenemos utilizando su información médica pertenecen a MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES, pero usted tiene los siguientes derechos:

**Derecho a Revisar y a Obtener Una Copia de Su información Médica:** Usted tiene el derecho de ver y obtener una copia de su información médica, incluyendo registros de cobros. Primero usted debe hacer su petición por escrito a la dirección proporcionada al final de este Aviso. Podríamos cobrar una tarifa para cubrir las copias, el envío y otros costos y suministros utilizados para responder a su petición. Podríamos negarle su solicitud de cierta información en casos muy limitados. Si denegamos su solicitud, le daremos la razón de la negación por escrito. En algunos casos, usted puede solicitar que la negación sea revisada por un profesional de la salud licenciado elegido por MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES.

**Derecho a Pedir un Cambio en su Información Médica:** Si usted cree que nuestra información acerca de usted es incorrecta o incompleta, usted puede solicitar que corriamos el expediente escribiendo a la dirección indicada al final de este Aviso. Su petición por escrito debe dar la razón por la que usted pide la corrección. Si aceptamos su solicitud, le diremos que estamos de acuerdo y añadiremos la corrección. No podemos remover nada del expediente. Podemos añadir nueva información para completar o corregir la información existente. Con su ayuda, notificaremos a otros quienes tienen información médica incorrecta o incompleta. Si denegamos su solicitud, le comunicaremos por escrito las razones. Si denegamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración escrita diciendo lo que usted cree que no es correcto o que falta. Nosotros agregaremos su declaración escrita a sus registros y la incluiremos cuando compartamos la parte de su expediente médico que se relaciona a su declaración escrita.

**Derecho a Pedir una Contabilidad de Divulgaciones:** Usted tiene el derecho a solicitar una lista de cuando su información médica fue compartida sin su consentimiento escrito.

Esta lista no incluirá usos o divulgaciones:

- para llevar a cabo tratamiento, pagos u operaciones de atención médica
- a su persona o a su representante personal
- a sus familiares o amistades que están involucrados en su cuidado

**Mid-South Perinatal Associates, PC**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA**  
**(HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICE)**

- como es requerido o permitido por la ley como se describió anteriormente
- como parte de un conjunto de datos limitados con identificadores directos eliminados

Cualquier solicitud de esta lista debe hacerse por escrito al Oficial de Privacidad (el Gerente de la Clínica), a la dirección indicada a continuación. Su petición debe indicar el período de tiempo por el cual desea obtener la lista. El período de tiempo no puede ser de más de seis años y no puede comenzar antes del 14 de abril del 2003. La primera lista que usted pida dentro de un período de 12 meses será gratis. Le cobraremos una tarifa por solicitudes adicionales durante ese mismo período.

**Derecho a Pedir Límites Sobre Cómo Se Usa y Comparte Su Información Médica:** Usted tiene derecho a pedir que limitemos nuestro uso o intercambio de información sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a pedirnos que limitemos la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago por su atención, como un miembro de la familia o una amistad. *Por ejemplo, usted podría pedir que no compartamos información sobre un procedimiento que tuvo.* Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar su petición. Por lo general, no aceptamos restricciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Le notificaremos si no estamos de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, nuestro acuerdo debe ser por escrito, y cumpliremos con la restricción a no ser que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia para usted. Nosotros podemos poner fin a la restricción si le dejamos saber. Si terminamos la restricción, sólo afectará la información médica que fue creada o recibida después de que le notifiquemos.

Usted debe someter su solicitud para restringir el uso e intercambio de su información médica por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección que aparece al final de este Aviso. En su petición, debe decirnos (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién quiere aplicar los límites.

**Derecho a Pedir Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar. *Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros le contactemos sólo en el trabajo o a un apartado de correo.* Usted debe hacer su petición por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección que aparece al final de este Aviso. No necesitamos saber la razón de su petición. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. También se le requerirá que nos diga a qué dirección enviar facturas de pago. Aceptamos todos los pedidos razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted usando la forma o ubicación solicitada, podríamos contactarlo utilizando cualquier información que tengamos.

**Derecho a Obtener una Copia Impresa de esta Notificación:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso, incluso si usted ha acordado recibir este Aviso electrónicamente. Usted puede obtener una copia en cualquiera de nuestras facilidades, comunicándose con el Oficial de Privacidad al número más abajo.

**CAMBIOS A ESTE AVISO**

Tenemos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Cualquier cambio podría aplicarse a la información médica que ya tengamos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. La fecha de efectividad de este Aviso se encuentra en la primera página.

**CÓMO HACER UNA PREGUNTA O REPORTAR UNA QUEJA**

Si usted tiene preguntas sobre este Aviso o quiere hablar acerca de un problema sin presentar una queja formal, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad al 731-541-6939. La **Oficial de Privacidad es la Gerente de la Clínica, Jenna Britt**. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito con nosotros. Envíela al Oficial de Privacidad de MID-SOUTH PERINATAL ASSOCIATES a la dirección indicada más abajo. También puede presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**Usted no será tratado de manera diferente por presentar una queja.**

**COMO CONTACTARNOS:**

Oficial de Privacidad: Jenna Britt  
Practice Manager  
Mid-South Perinatal Associates, PC  
620 Skyline Dr.  
Jackson, TN 38301-3923  
Teléfono: 731-541-6939  
Fax: 731-541-7346

Fecha de revisión: 24/junio/2013