



1870 W Bitters Rd #101

San Antonio, TX 78248

En JTA Wellness, nuestros nutricionistas dietistas graduados se apasionan por diseñar planes de bienestar que se adapten a las preferencias alimenticias, el estilo de vida y las necesidades médicas específicas de cada persona.

Para agendar citas individuales:

1. **Llene los siguientes formatos**
2. **Saque una copia de su tarjeta de seguro**
3. **Saque una copia de su identificación**
4. **Devuelva la documentación, copia de la tarjeta del seguro y copia de la identificación, ya sea por:**
 - **Fax: 1-888-582-7143**
 - **Correo electrónico a Rhiannon@jtawellness.com *****

***Puede solicitar un enlace encriptado conforme con HIPAA para enviar sus documentos por correo electrónico de forma segura enviándome su solicitud a Rhiannon@jtawellness.com. Se le enviará un enlace seguro al cual deberá responder adjuntando sus documentos. (Para ello deberá crear una contraseña con Barracuda Message Center).

Un coordinador de JTA se comunicará con usted por teléfono y/o correo electrónico para programar la fecha y la hora de la cita.

¡Gracias!



Nutrición e historial médico

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estatura: _____

Peso: _____

Género: _____

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Otro
 Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico Hispano Blanco o caucásico Me niego a decirlo

Médico

¿Actualmente tiene alguno de los siguientes diagnósticos? (Marque o subraye todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Afección autoinmune:
Especifique _____ | <input type="checkbox"/> Intolerancia alimenticia:
Especifique _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática:
Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: Especifique _____ | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico
(GERD) | <input type="checkbox"/> Síndrome metabólico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica Stg _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas:
Especifique _____ | <input type="checkbox"/> Náuseas |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Antecedentes de consumo de tabaco | <input type="checkbox"/> Síndrome de ovarios poliquísticos |
| <input type="checkbox"/> Crohn | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia
(Colesterol alto) | <input type="checkbox"/> Embarazada |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 1) | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (lípidos sanguíneos
elevados) | <input type="checkbox"/> Afección tiroidea:
Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 2) | <input type="checkbox"/> Hipertensión (tensión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Peso bajo |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Glucosa en ayunas alterada
(Prediabetes) | <input type="checkbox"/> Deficiencia de vitaminas y
minerales:
Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio:
Especifique _____ | | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de
cardiopatías | | <input type="checkbox"/> Otro: especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de diabetes | | |
| <input type="checkbox"/> Alergia alimenticia: especifique _____ | | |

Medicamentos actuales y suplementos: _____

Historial médico: _____

¿Cuál es el objetivo principal de su experiencia con el asesoramiento nutricional? _____

¿Le han diagnosticado un problema de salud mental? _____



INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Correo electrónico: _____
Domicilio: _____ Código postal: _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Número del seguro social: _____
Empleador: _____
Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE

Proveedor del seguro principal: _____ (¿HMO? __*Sí __ No)
Número de identificación: _____ Número de grupo: _____
Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
Seguro secundario (si procede): _____
Número de identificación: _____ Número de grupo: _____
Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

*Pólizas HMO: si su plan de seguro requiere de una autorización o remisión por escrito de parte de su médico de cabecera, deberá contactar a JTA Wellness al menos 5 días hábiles antes de su cita programada para asegurarse de que recibimos la autorización o referencia.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LOS HISTORIALES MÉDICOS

NOMBRE DE LA CONSULTA: _____
DOCTOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Por favor, entréguele una copia de mi historial médico a JTA Wellness, incluyendo pero no limitado a, notas de progreso, notas de operación, resultados de laboratorio, pruebas diagnósticas, y una lista de los medicamentos actuales prescritos.

AL FIRMAR AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MI HISTORIAL MÉDICO

Firma: _____ **Fecha:** _____

ACUSE DE RECIBO DE HIPAA:

léí y tengo acceso a las políticas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés).

Firma: _____ **Fecha:** _____



1870 W Bitters Rd #101, San Antonio, TX 78248
teléfono: (210) 545-4422 fax: 1(888) 582-7143

POLÍTICA DE PAGOS

El pago de los servicios debe efectuarse en la fecha del servicio en efectivo, con cheque o tarjeta de crédito, a menos que el paciente proporcione una prueba de cobertura de su seguro actual.

VERIFICACIÓN DEL SEGURO: como titular de la póliza, es su responsabilidad llamar a su seguro y verificar que la Terapia de Nutrición Médica y JTA Wellness la cubre su plan. Usted debe proporcionar su tarjeta de seguro (no aceptamos información escrita a mano) para todas las visitas para verificar la compañía de seguros de lo contrario se espera que usted pague su visita.

1. Cualquier verificación de beneficios que le proporcione nuestra oficina es información que recibimos de parte de SU compañía de seguros que establece "los beneficios o la estimación dada no son una garantía de pago", lo cual significa que la verificación o autorización previa no es una promesa de pago. En última instancia, usted es responsable del saldo de su cuenta
2. JTA Wellness determinará si la póliza de seguro que usted proporcionó está activa y en regla antes de cada cita. Esto no comprueba si su seguro cubre económicamente la visita. El pago de las prestaciones está sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza del afiliado para el momento de la prestación del servicio. Si tiene dudas acerca de la cobertura o los límites de las visitas, le animamos a que contacte personalmente a su compañía de seguros

JTA le presentará las reclamaciones a la compañía de seguros. Si el seguro rechaza los cargos por cualquier razón o si su compañía de seguros no remite el pago durante los 90 días siguientes a la prestación del servicio, el saldo adeudado se le cobrará al paciente. El saldo se le reembolsará al paciente si su seguro paga. Como beneficiario del servicio, usted es el responsable último del pago de todos los servicios prestados. Al aceptar el servicio, también acepta la responsabilidad de pagar cualquier saldo restante después de que su seguro haya efectuado el pago.

Asistir a sus citas es especialmente importante para que su tratamiento sea exitoso. Por esta razón, todos los pacientes deben notificarnos con al menos 24 horas de antelación para cancelar, reprogramar, o si usted no se presenta a su cita tendrá que pagar una cuota de 40 \$. El paciente debe contactarnos durante nuestro horario laboral administrativo, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si tiene alguna pregunta o duda acerca de la política de pago de JTA Wellness debe dirigirse a nuestra oficina de facturación al (210)545-4422. Al firmar confirmo que leí, comprendo y acepto cumplir con las políticas anteriores.

Firma: _____

Fecha: _____

SÓLO PARA PACIENTES DE MEDICARE Y MEDICARE ADVANTAGE

A. Notificador: Jan Tilley & Associates (JTA Wellness) 1870 W Bitters Rd #101, San Antonio, TX 78248

B. Nombre del paciente: _____

C. Número de identificación: _____

Notificación previa de que el beneficiario no tiene cobertura como beneficiario (ABN por sus siglas en inglés)

NOTA: si Medicare no paga por la **Terapia Nutricional Médica** descrita a continuación, puede que usted tenga que pagar. Medicare no lo paga todo, ni siquiera algunos cuidados que usted o su proveedor de asistencia médica crean que usted necesita. Esperamos que Medicare no pague por la **Terapia Nutricional Médica** a continuación.

D. Servicio	E. Motivo por el cual Medicare podría no pagar	F. Costo estimado
Terapia Nutricional Médica: <ul style="list-style-type: none">• Visita inicial• Visita de seguimiento	<ul style="list-style-type: none">• Medicare no paga estos servicios sin que haya un diagnóstico de diabetes o enfermedad renal crónica.• La cobertura de Medicare se limita de 2 a 3 horas de estos servicios al año.	<ul style="list-style-type: none">• Visita inicial 190 \$• Visita de seguimiento 95 \$

LO QUE TIENE QUE HACER AHORA:

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada acerca de su atención.
- Pregúntenos cualquier duda que tenga al terminar de leer.
- Elija a continuación una opción acerca de si desea recibir la **Terapia Nutricional Médica** mencionada anteriormente.

Nota: si elige la opción 1 ó 2, podemos ayudarle a usar cualquier otro seguro que pueda tener, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

G. OPCIONES: marque sólo una casilla. No podemos elegir una opción por usted.

OPCIÓN 1. Deseo la **Terapia Nutricional Médica** mencionada anteriormente. Puede pedir que le paguen ahora, pero también quiero que se le facture a Medicare para que den una decisión oficial acerca del pago, que se me envía en el Resumen de Medicare (MSN por sus siglas en inglés). Entiendo que si Medicare no paga, yo soy responsable del pago, pero **puedo recurrir a Medicare** siguiendo las indicaciones de MSN. ~~Si Medicare paga, le reembolsaremos los pagos que haya efectuado, menos los copagos y los deducibles.~~

OPCIÓN 2. Deseo la **Terapia Nutricional Médica** mencionada anteriormente, pero no le facturan a Medicare. Le puedo solicitar que pague ahora, ya que soy responsable del pago. **No puedo apelar si no se le factura a Medicare.**

OPCIÓN 3. No deseo la **Terapia Nutricional Médica** mencionada anteriormente. Entiendo que con esta decisión **no soy responsable del pago, y no puedo apelar para ver si Medicare me pagaría.**

H. Información adicional:

Este aviso le da nuestra opinión, no es una decisión oficial de Medicare. Si tiene otras preguntas acerca de este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048). Si firma a continuación, esto significa que recibió y comprendió este aviso. También recibirá una copia.

I. Firma: _____

J. Fecha: _____

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, llame al: 1-800-MEDICARE o envíe un correo electrónico a:

AltFormatRequesta,cms.hhs.gov.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder ante una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo necesario para realizar esta recopilación de información se estima en una media de 7 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios acerca de la exactitud de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formato, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

Fecha de entrada en vigor: 1-1-2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, contacte a:



1870 W Bitters Rd #101, San Antonio, TX 78248 Ph: (210) 545-4422 Fax: 1(888) 582-7143

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Nosotros, Jan Tilley & Associates, entendemos que la información médica protegida acerca de usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su información médica. Este aviso se le aplica a todos los registros de su atención generados por Jan Tilley & Associates, ya sean realizados por el personal de Jan Tilley & Associates o por su médico personal.

Este aviso le informará acerca de las formas en que podemos usar y divulgar información médica protegida acerca de usted. También describimos sus derechos y determinadas obligaciones que tenemos en relación con el uso y la divulgación

de la información médica protegida. La ley nos obliga a:

- garantizar la confidencialidad de los datos médicos protegidos que le identifiquen;
- notificarle cómo protegemos sus datos médicos protegidos;
- explicar cómo, cuándo y por qué usamos y divulgamos información médica protegida;
- seguir los términos de la notificación que está actualmente en vigor.

Estamos obligados a seguir los procedimientos de este aviso. Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso y a hacer efectivas las nuevas disposiciones del mismo en referencia a toda la información médica protegida que conservamos mediante

- la publicación de la notificación revisada en nuestra oficina
- poniendo a disposición de quien lo solicite copias de la notificación revisada;
- publicando el aviso revisado en nuestro sitio web.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ACERCA DE USTED.

Las siguientes categorías describen distintas formas de usar y divulgar información médica protegida sin su autorización por escrito.

Para el tratamiento. Podemos usar información médica protegida acerca de usted para proporcionarle, coordinar o gestionar su tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información médica protegida acerca de usted a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de Jan Tilley & Associates que participe en su atención.

El personal de Jan Tilley & Associates también puede compartir información de salud protegida acerca de usted con el fin de coordinar las diferentes cosas que usted necesita, tales como las recetas, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos revelar información médica protegida acerca de usted a personas ajenas a Jan Tilley & Associates que puedan estar implicadas en su atención médica, tales como clérigos u otras personas que usemos para prestar los servicios que formen parte de su atención.

Podemos usar y divulgar información de salud protegida para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para seguir un tratamiento o atención médica en Jan Tilley & Associates. Podremos usar y divulgar datos sanitarios protegidos para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento o prestaciones o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Para el pago de los servicios. Podemos usar y divulgar información médica protegida acerca de usted para que el tratamiento y los servicios que usted recibe en Jan Tilley & Associates puedan ser facturados y para que usted, una compañía de seguros o un tercero paguen. Por ejemplo, es posible que tengamos que darle a su plan de salud información acerca de los servicios de nutrición que recibió en Jan Tilley & Associates para que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted el servicio. También podemos informarle a su plan de salud acerca de los servicios de nutrición que usted va a recibir para obtener la aprobación previa o determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para las operaciones de asistencia sanitaria. Podemos usar y divulgar información médica protegida acerca de usted para las operaciones de atención médica de Jan Tilley & Associates, tales como nuestras actividades de evaluación y mejora de la calidad, gestión de casos, coordinación de la atención, planificación empresarial, servicios al cliente y otras actividades. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del centro, para reducir los costos médicos y para garantizar que todos nuestros pacientes reciban una atención de calidad.

Por ejemplo, podemos usar información médica protegida para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el rendimiento del dietista que le presta sus servicios. También podemos combinar la información médica protegida de muchos pacientes de Jan Tilley & Associates para decidir qué servicios adicionales debe ofrecer Jan Tilley & Associates, cuáles servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos revelarles información a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y demás personal de Jan Tilley & Associates con fines de revisión y aprendizaje. También podemos combinar la información médica protegida que tenemos con información sanitaria protegida de otros centros sanitarios para comparar nuestro desempeño y ver dónde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar la información que le identifique de este conjunto de información sanitaria protegida para que otros puedan usarla para estudiar la asistencia médica y la prestación de asistencia médica sin saber quiénes son los pacientes concretos. También podemos contactarle para recaudar fondos.

De acuerdo con la legislación estatal aplicable, en algunas situaciones limitadas la ley nos permite o exige usar o divulgar sus datos sanitarios con fines distintos al tratamiento, el pago y las operaciones. Sin embargo, es posible que algunas de las divulgaciones que se indican a continuación nunca se produzcan en nuestras instalaciones.

Como lo exige la ley. Divulgaremos la información médica protegida acerca de usted cuando así lo exija la legislación federal, estatal o local.

Investigación. Podemos revelar su PHI a los investigadores cuando su investigación cuando la misma la apruebe un comité de revisión institucional o un comité de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y establecido los protocolos para garantizar la privacidad de su información.

Riesgos para la salud. Podemos revelar información médica protegida acerca de usted a una autoridad gubernamental si creemos razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo divulgaremos este tipo de información en la medida en que lo exija la ley, si usted está de acuerdo con la divulgación, o si la divulgación está permitida por la ley y creemos que sea necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para usted o para otra persona.

Procedimientos judiciales y administrativos. Si está implicado en una demanda o litigio, podemos revelar su información en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información médica acerca de usted en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de otra persona implicada en la disputa, pero sólo si se han realizado esfuerzos, ya sea por nuestra parte o por parte del solicitante, para informarle acerca de la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Asociados comerciales. Podemos revelarle información a los socios comerciales que le prestan servicios a nuestro nombre (como empresas de facturación), pero les exigimos que protejan adecuadamente sus datos.

Salud Pública. De acuerdo con la ley, podremos revelar sus datos médicos protegidos a las autoridades sanitarias o judiciales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad. Podremos usar y divulgar información sanitaria protegida acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o de otra persona.

Actividades de supervisión médica. Podemos revelarle información médica protegida a una agencia de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen auditorías, investigaciones e inspecciones, necesarias para la concesión de licencias y para que el gobierno controle el sistema sanitario, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Cumplimiento de la ley. Podremos divulgar datos médicos protegidos para cumplir con la ley o en respuesta a una orden o mandato judicial, una citación o una solicitud administrativa. También podemos divulgar información médica protegida para responder ante una solicitud relacionada con la identificación o localización de una persona, víctimas de delitos, descendientes o un delito en las instalaciones.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, podremos divulgar información médica protegida a las organizaciones que se ocupan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Funciones especiales del gobierno. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica protegida acerca de usted si está relacionada con actividades militares y de veteranos. También podemos divulgar sus datos médicos protegidos con fines de seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección del presidente y adecuación o determinaciones médicas del Departamento de Estado.

Médicos forenses y directores de funerarias. Podemos divulgarle información médica protegida a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte. También podemos revelar información médica protegida a los directores de funerarias, de conformidad con la legislación aplicable, para que puedan desempeñar sus funciones.

Instituciones penitenciarias y otras situaciones de custodia policial. Si usted está preso en un correccional o bajo la custodia de un agente de la autoridad, podremos comunicarle sus datos médicos protegidos al correccional o al agente de la autoridad en la medida en que sea necesario para su salud y seguridad o las de otra persona.

Indemnización por accidentes laborales. Podemos revelar información según sea necesario para cumplir con las leyes relativas a la indemnización de los trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

Administración de Alimentos y Medicamentos. Podemos revelarles a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés), o a las personas bajo la jurisdicción de la FDA, información médica protegida relativa a acontecimientos adversos con respecto a medicamentos, alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir el retiro, reparación o sustitución de productos.

PUEDE Oponerse a DETERMINADOS USOS Y DIVULGACIONES

A menos que usted se oponga o solicite que sólo se comparta una cantidad o tipo de información limitada, podremos usar o divulgar información médica protegida acerca de usted en las siguientes circunstancias:

- Podremos compartir con un familiar, pariente, amigo u otra persona identificada por usted información médica protegida directamente relacionada con la participación de dicha persona en su asistencia o en el pago de la misma. También podemos compartir información para notificar a estas personas su ubicación, estado general o fallecimiento.
- Podemos compartir información con un organismo público o privado (como la Cruz Roja Americana) con fines de ayuda en caso de catástrofe. Incluso si se opone, podemos compartir esta información de ser necesario para las circunstancias de emergencia.

Si desea oponerse al uso y divulgación de información médica protegida en estas circunstancias, llame o escriba a nuestra persona de contacto que se encuentra en la página 1 de este aviso.

SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ACERCA DE USTED.

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información médica protegida que conservamos acerca de usted:

Derecho de inspección y copia. Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que pueda usarse para tomar decisiones acerca de su atención. Normalmente, esto incluye historiales médicos y de facturación.

Para inspeccionar y copiar información médica protegida que pueda usarse para tomar decisiones acerca de usted, debe presentarle su solicitud por escrito a Jan Tilley & Associates. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de las copias, envío por correo u otros suministros asociados a su solicitud, y responderemos a su solicitud a más tardar 30 días después de recibirla. Hay determinadas situaciones en las cuales no estamos obligados a atender su solicitud. En estas circunstancias, le responderemos por escrito, indicándole por qué no accederemos a su solicitud y describiendo cualquier derecho que pueda tener a solicitar una revisión de nuestra denegación.

Derecho de enmienda. Si considera que los datos médicos protegidos que tenemos acerca de usted son incorrectos o que están incompletos, puede pedirnos que los modifiquemos o completemos.

Para solicitar la modificación, deberá hacerlo por escrito y enviársela a Jan Tilley & Associates. Además, debe justificar su solicitud dando sus razones. Responderemos su solicitud de modificación en un plazo máximo de 60 días a partir de la recepción de la misma.

Podemos denegar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o si no incluye un motivo que la justifique, y le proporcionaremos una denegación por escrito. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- No creamos nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- No forma parte de la información médica protegida que conserva Jan Tilley & Associates;
- No forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- Creemos que es exacta y está completa.

Derecho a tener un informe de las divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de la información médica protegida acerca de usted.

Para solicitar esta lista o contabilidad de divulgaciones, debe presentarle su solicitud por escrito a Jan Tilley & Associates. Puede solicitar las divulgaciones realizadas hasta seis años antes de su solicitud (sin incluir las divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003). La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita.

Para las listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionarle la lista. Estamos obligados a proporcionar una lista de todas las divulgaciones excepto las siguientes:

- Para su tratamiento
- Para la facturación y el cobro de su tratamiento
- Para operaciones de asistencia médica
- Realizados o solicitados por usted, o que usted haya autorizado
- Se producen como un subproducto de usos y divulgaciones permitidos
- Con fines de seguridad nacional o de inteligencia, o a instituciones penitenciarias o las autoridades de seguridad relacionadas con reclusos
- Como parte de un conjunto limitado de información que no contiene datos que le identifiquen.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de los datos médicos protegidos que usemos o divulguemos acerca de usted para tratamientos, pagos u operaciones de asistencia médica o a personas implicadas en su atención.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia, la divulgación sea para el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, o la divulgación sea para uno de los fines descritos en las páginas 4 y 5.

Para solicitar restricciones, debe dirigirle su solicitud por escrito a Jan Tilley & Associates.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted acerca de los asuntos médicos de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede pedir que sólo le contactemos en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe dirigirle su solicitud por escrito a Jan Tilley & Associates. Atenderemos todas las peticiones razonables.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento poniéndose en contacto con Jan Tilley & Associates.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar sus datos médicos protegidos con fines distintos de los previstos anteriormente (o de cualquier otra forma permitida o exigida por la ley). Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Una vez recibida la revocación por escrito, dejaremos de utilizar o divulgar sus datos, salvo en la medida en que ya hayamos tomado medidas basándonos en la autorización.

PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si usted cree que sus derechos de privacidad se han violado, puede presentarle una queja a Jan Tilley & Associates o presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. La denuncia ante el Secretario debe presentarse en un plazo de 180 días a partir del hecho o la acción objeto de la queja.

Si presenta una queja, no tomaremos medida alguna contra usted ni cambiaremos el trato que le damos.