

WOMEN'S HEALTHCARE CENTER

Póliza De Privacidad

EL DEBER LEGAL DE WHC

Es requerido por ley que WHC proteja su información personal de la salud (PHI en inglés), proveerle con una copia de nuestra póliza de privacidad y cumplir con las reglas descritas en ella. En WHC estamos dedicados a mantener su privacidad. Sus datos de salud se mantendrá confidencial, privada y segura. Su PHI sólo será compartida en situaciones muy limitadas. Por ejemplo: cuándo usted pida que nosotros divulguemos información con otros médicos, hospitales/facilidades, miembro designado de la familia/guardián legal, prueba de resultados o tratamiento y por último son su compañía de séguro médico para el propósito de obtener pagos por los servicios presentes ó futuros.

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Usted tiene el derecho de solicitar una copia de su PHI en cualquier momento; derecho de solicitar que corriamos cualquier información incompleta en sus registros y **de solicitar una lista de los casos donde hemos revelado su PHI por razones diferentes a tratamiento, pago, instrucciones del paciente o propósitos administrativos.** Usted puede solicitar por escrito que no divulguemos su PHI para tratamiento, pago y para propósitos administrativos excepto solo cuando sea autorizado por usted, cuando lo requiera la ley y en caso de emergencia. WHC considerará tales pedidos caso por caso, pero por ley WHC no está obligada a cumplir con sus pedidos ó cambios.

QUERELLAS

Si usted cree que WHC a violado sus derechos de privacidad ó si usted no está de acuerdo con la manera que su PHI ha sido manejado, favor de comunicarse con nuestro oficial de HIPPA en la dirección de abajo. Usted también puede enviar una queja escrita al departamento de salud y servicios humanos de EEUU.

**HIPPA COMPLIANCE OFFICER
WOMENS HEALTHCARE CENTER
2230 N. HUNTINGTON DR
ALGONQUIN, IL 60102**

**PHONE: (847)854-0688
FAX: (847)854-0696**