

CONSULTA INICIAL DE PLANIFICACION FAMILIAR NATURAL CON UNA INSTRUCTORA CERTIFICADA

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Usted Tiene derecho a saber cómo y por qué LA INSTRUCTORA DE PLANIFICACION FAMILIAR NATURAL EN SU ROL COMO PROFESIONAL DE LA SALUD recopila información personal de usted o su pareja. Esta información es **únicamente para uso privado y como paso requerido para que _____, ofrezca de forma gratuita la instrucción en PFN por parte de la instructora.** Se pueden obtener copias de esta política de privacidad contempladas en la ley HIPAA.

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad y protección con respecto a la información acerca de mi estado de salud. Estos derechos se me otorgan en virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA por sus siglas en inglés).

¿Cómo obtenemos su información? Podemos coleccionar su información llenando el formulario de inscripción, por teléfono, por correo electrónico, por texto, pero principalmente al procesar el formulario de inscripción en la consulta inicial y/o en su primera cita privada.

¿Por qué recopilamos su información? Recopilamos su información para ayudarlos a planificar y espaciar su familia de forma natural (Usando métodos de PFN) y para conocer su fertilidad a fin de utilizar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (FABM)

¿Quién tiene acceso a su información personal? El profesional de salud de NFP con el que está consultando o aprendiendo PFN. Su información y hoja de inscripción de la pareja se archiva en un lugar privado al que sólo podrá acceder el profesional de la salud con quien usted está consultando o aprendiendo a llevar su tabla de fertilidad.

Usted debe llenar el Formulario de inscripción de la pareja/ o mujer.

La información de salud y notas escritas sobre sus consultas y gráficas se comparten con médicos en caso de que se requiera consejo médico o si usted desea verlos voluntariamente.

En la Consulta de PFN (solo se utilizarán nombres legales). Sus registros médicos permanecen en posesión de la instructora de PFN _____ y / o pueden compartirse de manera confidencial con otros profesionales de la salud involucrados en sus consultas o gráficas, incluido un médico o enfermera con quien el instructor puede consultar y /o cualquier instructor en capacitación que esté involucrado con sus consultas.

Entiendo que tengo derecho y que estoy protegido(a) por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico para solicitar restricciones sobre cómo se usa y se divulga la información de mi salud médica para llevar a cabo servicios de PFN, pero que no estoy obligado(a) a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si estoy de acuerdo, y es mi obligación cumplir con las restricciones solicitadas.

Además, acepto eximir de responsabilidad _____, y a sus beneficiarios, ejecutores, administradores, empleados, agentes y /o adscritos, de toda responsabilidad y daños resultantes del uso legal y la divulgación de mi información médica protegida por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurriera antes de la fecha en que revoco este consentimiento no se ve afectado. A menos que se especifique lo contrario, esta autorización vencerá después de la última fecha de servicio, la última fecha de tratamiento y / o la última fecha de consulta. Entiendo y acepto que una copia de este formulario es tan válida como la original.

Limitaciones a la confidencialidad:

La divulgación puede ser requerida por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Cuando la pareja/mujer solicita divulgación a través de un formulario debidamente firmado
- Cuando se sospecha abuso o negligencia de un niño / cónyuge / pareja de hecho
- Cuando existe un peligro inminente para un tercero identificable o el cliente
- Cuando un tribunal ordena la divulgación o la divulgación es requerida por ley
- Cuando una pareja presenta una queja o reclama responsabilidad en una demanda.

Entiendo y acepto la Política descrita anteriormente y doy mi consentimiento

a: _____ para que use mi Información personal para los fines descritos.

Nombre:(Mujer) _____ (Hombre) _____

Firma: _____ Firma _____

Fecha: _____ Fecha: _____