Oconee Pediatrics
15579 Wells Highway Seneca, SC 29678
Telephone: 864-882-7800—Fax: 864-882-5908
Frank A. Stewart, DO Beatriz Gil-Stewart, D.O.
Branden Boatwright, FNP Catherine Wilson, NNP
Rachel Ward, FNP Meredith Underhill, FNP

¡Bienvenido a Oconee Pediatrics!

Para convertirse en un nuevo paciente en Oconee Pediatrics, necesitamos información importante de usted.

Utilice esta lista de verificación como guía para preparar su información para nosotros. Ayúdenos a evitar retrasos en la programación de la primera cita de su hijo completando toda la información cuando nos la devuelva.

Una vez que lo devuelva a nuestra oficina, espere 24 horas para que se procese su documentación. Nos pondremos en contacto con usted para concertar su cita.

_____ Seguro de Tarjeta o Tarjetas (tenga en cuenta que los únicos planes de Medicaid que aceptamos son: *Molina, First Choice, Humana, y Blue Choice*)

_____ Cartilla de Vacunación

_____ Traiga todos los medicamentos que toma a diario o una lista a su primera visita.

_____ Si no es padre y es Guardián Legal, debemos tener una copia de la orden judicial/plan de seguridad y una copia de su identificación.

Tenga en cuenta que un padre o Guardián Legal debe estar presente con el niño para ser visto en la primera visita.

¡Gracias por la oportunidad de cuidar a sus hijos!

***El papeleo puede ser dejado en la oficina, enviado por fax 864-882-5908, o enviado por correo electrónico a oconeepediatrics864@gmail.com* (si se envió por correo electrónico o por fax, llame y confirme que se recibió)**

OCONEE PEDIATRICS
15579 WELLS HIGHWAY SENECA, SC 29678
PHONE: 864-882-7800 FAX: 864-882-5908
FRANK A. STEWART, D.O. BEATRIZ GIL-STEWART, D.O.
CATHERINE WILSON, DNP, NNP, FNP BRANDEN BOATWRIGHT, FNP
RACHEL WARD, FNP MEREDITH UNDERHILL, FNP

Para: Todos los padres/guardián legal y pacientes de Oconee Pediatrics
Con respecto a: Política de vacunación

¡En Oconee Pediatrics, la salud de su hijo es nuestra prioridad número uno! En todas y cada una de las visitas, le asesoraremos sobre lo que creemos que es el mejor tratamiento y cuidado preventivo posible para la salud y el bienestar de su hijo. Una de las principales medidas preventivas practicadas en nuestra oficina son las vacunas. Las vacunas se administran a los 2 meses, 4 meses, 6 meses, 1 año, 15 meses, 18 meses, 2 años, 4 años y refuerzos entre los 11 y 12 años y los 16 años. Nuestra práctica sigue los requisitos y recomendaciones de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) para el tiempo recomendado sobre cuándo administrar las vacunas. El programa recomendado está diseñado para inmunizar a su hijo en un marco de tiempo que le dará a su hijo la inmunidad adecuada contra la enfermedad. Cualquier desviación del horario puede poner en riesgo a su hijo.

Por lo tanto, nuestra práctica no participa en ninguna forma de calendario de vacunación modificado y no aceptamos ni retenemos pacientes que no vacunan a sus hijos.

No dude en hablar con uno de nuestros proveedores de atención médica con respecto a las vacunas. Además, para obtener más información sobre vacunas, visite www.cdc.gov o www.aap.org.

¡Gracias y esperamos cuidar de su familia!

Oconee Pediatrics

Oconee Pediatrics, PA
15579 Wells Highway
Seneca, SC 29678
Office: 864-882-7800 Fax: 864-882-5908
oconeepediatrics864@gmail.com

Authorization To Use Or Disclose Protected Health Information

I hereby authorize use or disclosure of the named individual's health information described below:

_____ _____ _(___)_____
Patient Name/Nombre de Paciente **Date of Birth** **Contact Number**

The following individual or organization is authorized to make the disclosure (coming from)

_____

Telephone number _(____)_____ Fax number__(____)_____

This information may be disclosed to and used by the following individual or organization (going to)

_____

Telephone number _(____)_____ Fax number_(____)_____

Purpose of request: _____

The following information is to be disclosed/La siguiente información debe ser revelada :
___OTHER/*OTRO*
___**COMPLETE MEDICAL RECORD INCLUDING RECORDS CONTAINED WITHIN FROM OTHER SOURCES/*REGISTRO MÉDICO COMPLETO, INCLUYENDO LOS REGISTROS CONTENIDOS DE OTRAS FUENTES***
__****Initials/Iniciales** I understand that the information in my record may include information relation to sexually transmitted diseases, Acquired Immunodeficiency Syndrome(AIDS), or infection with the Human Immunodeficiency Virus(HIV). It may also include information about behavioral or mental health services or treatment for alcohol and drug abuse./ ***Entiendo que la información en mi registro puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental o tratamiento para el abuso de alcohol y drogas***

__****Initials/Iniciales** I understand that any disclosure of information carries potential for redisclosure and that the information then may be protected by federal confidentiality rules./ ***Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación y que la información puede estar protegida por las normas federales de confidencialidad.***

__****Initials/Iniciales** I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that my revocation must be in writing and I understand that the revocation will not apply to information already released based on this authorization./ ***Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que mi revocación debe ser por escrito y entiendo que la revocación no se aplicará a la información ya divulgada en base a esta autorización.***

__****Initials/Iniciales** I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary***/Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario***

__****Initials/Iniciales** I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed/***Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se usará o divulgará***

_____
Signature of Patient or Legal Representative

Date of release_____
Release expires 1 year from the above date

_____
If not patient, relationship of legal representative to patient

¡BIENVENIDOS A OCONEE PEDIATRICS! INFORMACIÓN DEL PACIENTE NUEVO 2022

INFORMACIÓN DEL PACIENTE **¡POR FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN ARRIBA DE LAS LÍNEAS!

APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE NOMBRE PREFERIDO

MASCULINO__
FEMENINA __

FECHA DE NACIMIENTO NÚMERO SOCIAL IDIOMA PRIMARIA

SI NO

CORREO ELECTRÓNICO RAZA/ETNICIDAD ¿EL PACIENTE ES DE ORIGEN HISPANO?

INFORMACIÓN DEL GUARDIÁN PRINCIPAL

APELLIDO SEGUNDO NOMBRE PRIMER NOMBRE RELACIÓN HACÍA EL NIÑO

DOMICILIO CIUDAD Y ESTADO CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO DE GUARDIÁN NÚMERO SOCIAL DE GUARDIÁN MEJOR # DE CONTACTO

NÚMERO PARA RECORDATORIOS DE MENSAJES DE TEXTO

INFORMACIÓN DEL GUARDIÁN SECONDARIO

APELLIDO SEGUNDO NOMBRE PRIMER NOMBRE RELACIÓN HACÍA EL NIÑO

DOMICILIO(SI ES DIFERENTE) CIUDAD Y ESTADO CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO DE GUARDIÁN NÚMERO SOCIAL DE GUARDIÁN MEJOR # DE CONTACTO

NÚMERO ALTERNATIVO

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ NÚMERO DE CONTACTO _____

RELACIÓN HACÍA EL NIÑO_____

HERMANOS-NOMBRE COMPLETO Y FECHAS DE NACIMIENTO:

INFORMACIÓN DE SEGURO **PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO A RECEPCIÓN**

COMPAÑÍA DE SEGURO NOMBRE COMPLETO DEL SUSCRIPTOR FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE GRUPO NÚMERO DE PÓLIZA NÚMERO SOCIAL

FARMACIA PREFERIDA: _____ _____

NOMBRE DE FARMACIA LOCALIZACIÓN

¿CÓMO SE ENTERÓ DE OCONEE PEDIATRICS? ☺ ¿HOSPITAL EN EL QUE NACIÓ SU HIJO?

Oconee Pediatrics
15579 Wells Highway Seneca, SC 29678
Telephone: 864-882-7800—Fax: 864-882-5908
Frank A. Stewart, DO Beatriz Gil-Stewart, D.O.
Branden Boatwright, FNP Catherine Wilson, DNP
Rachel Ward, FNP Meredith Underhill, FNP

Historia de Salud del Paciente / Familia

Nombre del paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Fecha: _____

Por favor ayúdenos a cuidar a su hijo proporcionando su historial de salud de su hijo y miembros de la familia cercana. Circule sí o no a las preguntas y si la respuesta es sí, por favor proporcione un pequeño detalle en el espacio proporcionado. (El proveedor le pedirá más detalles si es necesario.) Detrás de la página, por favor responda las mismas preguntas con respecto a familia cercana.¡Gracias por elegir a Oconee Pediatrics para cuidar a su hijo!

Historial de salud de su hijo

1. Corazón o Circulación	Sí	No	_____
2. Pulmón o Respiratorio	Sí	No	_____
3. Hígado, Vesícula, Bazo	Sí	No	_____
4. Riñón o Vías Urinarias	Sí	No	_____
5. Genitales	Sí	No	_____
6. Cerebro o Nervios	Sí	No	_____
7. Músculos	Sí	No	_____
8. Huesos o Articulaciones	Sí	No	_____
9. Piel o Cabello	Sí	No	_____
10. Trastornos de la sangre	Sí	No	_____
11. Nutrición o Crecimiento	Sí	No	_____
12. Comportamiento o Desarrollo	Sí	No	_____
13. Trastornos genéticos o hereditarios	Sí	No	_____
14. Problemas con el embarazo/nacimiento	Sí	No	_____
15. Cirugías	Sí	No	_____
16. Visión o discapacidad auditiva	Sí	No	_____
17. Dental/Caries	Sí	No	_____
18. Alergias a Medicamentos	Sí	No	_____
19. Infecciones Recurrentes o Dificultad para resolver	Sí	No	_____
20. Alergias Ambientales	Sí	No	_____

Detrás de la Página

Historial de salud de familia cercana de su hijo
(Hermano/hermana, padres, abuelos, tías/tíos)

21. Corazón o Circulación	Sí	No	_____
22. Pulmón o Respiratorio	Sí	No	_____
23. Hígado, Vesícula, Bazo	Sí	No	_____
24. Riñón o Vías Urinarias	Sí	No	_____
25. Genitales	Sí	No	_____
26. Cerebro o Nervios	Sí	No	_____
27. Músculos	Sí	No	_____
28. Huesos o Articulaciones	Sí	No	_____
29. Piel o Cabello	Sí	No	_____
30. Trastornos de la sangre	Sí	No	_____
31. Nutrición o Crecimiento	Sí	No	_____
32. Comportamiento o Desarrollo	Sí	No	_____
33.Trastornos genéticos o hereditarios	Sí	No	_____
34. Problemas con el embarazo/nacimiento	Sí	No	_____
35. Cirugías	Sí	No	_____
36. Visión o discapacidad auditiva	Sí	No	_____
37. Dental/Caries	Sí	No	_____
38. Alergias a Medicamentos	Sí	No	_____
39. Infecciones Recurrentes o Dificultad para resolver	Sí	No	_____
40. Alergias Ambientales	Sí	No	_____

41.Otro_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Información Familiar:

_____

Nombre de la madre **Nombre de el padre**

OCONEE PEDIATRICS FORMULARIO DE PRIVACIDAD 2022 **FECHA:** _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

COMPARTIENDO INFORMACIÓN

Marque la información a continuación que autoriza a Oconee Pediatrics a divulgar para el paciente mencionado anteriormente y quién tiene permiso para recibir esta información además de los padres/guardián legales del paciente.:

___ Resultados de pruebas/rayos x

___ Información de facturación

___ Detalles de la cita

___ Información médica/para incluir todo historial médico

_____

Nombre de la persona que tiene permiso para recibir la información anterior / Relación al paciente

_____

Nombre de la persona que tiene permiso para recibir la información anterior / Relación al paciente

LLEVAR AL PACIENTE AL MÉDICO

Nombrar a cualquier persona que tenga permiso para llevar al paciente mencionado anteriormente al médico, además de los padres/guardián legales del paciente.:

_____

Nombre de la persona Relación al paciente

_____

Nombre de la persona Relación al paciente

*****Tenga en cuenta que cualquier paciente que se presente en la oficina con un adulto para recibir servicios médicos no será rechazado. Es el entendimiento de esta práctica que si el niño está bajo el cuidado del adulto en el momento en que se presenta para los servicios, el padre/guardián legal les ha confiado al paciente para obtener servicios médicos.*****

COMUNICACIÓN

Autorizo a Oconee Pediatrics a: (marque todo lo que corresponda) ____ enviar mensajes de texto

____ dejar mensajes de voz en el número principal que aparece en mi cuenta.

____ Autorizo a Oconee Pediatrics a enviar correos electrónicos al correo electrónico que he incluido en mi cuenta

Entiendo que es mi responsabilidad mantener mi información de contacto actualizada en todo momento con Oconee Pediatrics.

DERECHOS DEL PACIENTE

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación a Oconee Pediatrics a 15579 Wells Highway, Seneca, SC 29678. Entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya se haya utilizado o divulgado, pero será efectivo en el futuro. Entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede resultar en una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. La información recibida por esta oficina es para nuestro uso y continuará protegida por nuestra política de privacidad. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o copiar la información de salud protegida divulgada como se describe en este documento. Puedo hacer esto mediante una notificación por escrito a: Oconee Pediatrics 15579 Wells Highway, Seneca, S.C. 29678. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar este documento.

HE LEÍDO Y RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA OCONEE PEDIATRICS.

_____

Firma del Responsable **FECHA** **Relación al paciente**

OCONEE PEDIATRICS NORMA DE PAGO/
FORMULARIO DE FIRMA DEL RESPONSABLE/CONSENTIMIENTO PARA TRATAR
FECHA : _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO:_____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

La parte responsable es la persona que es financieramente responsable por la cuenta del paciente y quien va a recibir todos los estados de cuenta a su domicilio. Al firmar este formulario, yo entiendo que yo seré la parte responsable y debo adherir a los requisitos descrito en detalle anterior. Esto será para el paciente nombrado y también para cualquier paciente en el futuro registrado a mi nombre en Oconee Pediatrics.

*****Por Favor tomar en cuenta que no se pueden establecer varias direcciones de facturación en una cuenta. *****

_____

Nombre de persona responsable **Relación al paciente**

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

_____ (Iniciales)

Entiendo que el tratamiento/servicio de los proveedores de Oconee Pediatrics, en el paciente mencionado anteriormente, puede no ser un tratamiento/servicio cubierto o puede no estar cubierto al 100%. Acepto ser personal y totalmente responsable de cualquier saldo adeudado en mi cuenta.

POLÍTICA DE PAGO

_____ (Iniciales)

Oconee Pediatrics se compromete a brindar atención médica de la más alta calidad posible a nuestros pacientes.Nuestra estructura de precios es representativa de los cargos usuales y habituales de nuestra área. Se espera el pago, en su totalidad, en el momento del servicio, independientemente de quién traiga al paciente para el tratamiento. Esto incluye deducibles, copagos y porcentajes. Al cobrar en su totalidad, en el momento del servicio, podemos mantener nuestros costos bajos y transferir los ahorros al no aumentar nuestras tarifas con tanta frecuencia como lo hacen la mayoría de las prácticas. Si no tiene una tarjeta de seguro vigente y la información del seguro que tenemos archivada está inactiva, se le pedirá que pague la visita en su totalidad hasta que se pueda obtener dicha información. Al firmar a continuación, usted indica que es la parte responsable y que ha leído, comprende y acepta adherirse a la política de pago de Oconee Pediatrics.

***** No podemos honrar ningún arreglo especial en las órdenes judiciales con respecto a la responsabilidad de pago de los servicios médicos. Se espera el pago cuando se prestan los servicios .*****

_____

Firma del Responsable **Fecha**

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Doy permiso a los proveedores de Oconee Pediatrics para diagnosticar y tratar al paciente mencionado anteriormente.

_____

Firma del Padre/Guardián Legal

OCONEE PEDIATRICS POLÍTICA DE PAGO

PRUEBA DE SEGURO
Todos los pacientes deben completar nuestro paquete de información para pacientes antes de poder programar una cita para ver a un proveedor. Debemos obtener una copia de su tarjeta de seguro actual y válida como prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro en el momento del servicio, será responsable del saldo.

COPAGOS Y SALDO DEBIDO
Todos los copagos y cuotas de saldo deben pagarse en el momento del servicio. Esto incluye deducibles, copagos y porcentajes. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El hecho de que no cobremos los copagos de los pacientes puede considerarse fraude. Ayude a hacer cumplir la ley pagando su copago en cada visita.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES
Presentaremos sus reclamos a su proveedor de seguros y lo ayudaremos de cualquier manera que podamos razonablemente para ayudarlo a que se paguen sus reclamos. Su compañía de seguros puede necesitar que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de ese contrato.

ESTADO DE FACTURACIÓN MENSUAL
Después de que su compañía de seguros pague a Oconee Pediatrics, recibirá un estado de cuenta que indica el saldo adeudado y/o los deducibles adeudados. Estos montos son pagaderos a Oconee Pediatrics. El monto del saldo debe pagarse en su totalidad dentro de los 10 días posteriores a la recepción del estado de cuenta. Si tiene preguntas sobre su cuenta, llame al 864-882-7800 y pida hablar con el gerente de seguros/facturación.

SEGURO
Participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si no está asegurado por un plan con el que hacemos negocios o no tiene seguro, se espera el pago total en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que hacemos seguros pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Oconee Pediatrics no presenta reclamaciones con ninguna compañía de seguros secundaria.

FALTA DE PAGO
No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario con el departamento de facturación. Tenga en cuenta que si queda un saldo sin pagar, es posible que remitimos su cuenta a una agencia de cobranza y es posible que lo despidan de la práctica. Si esto llegara a ocurrir, se le notificará por escrito que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, los proveedores sólo podrán tratar en caso de emergencia..

CITAS PERDIDAS
Para lograr la mejor disponibilidad de citas para nuestros pacientes, tenemos una política de citas perdidas. Tres citas perdidas dentro de un período de 12 meses resultará en el despido de la práctica. Una cita perdida es cualquier cita no cancelada dentro de las 24 horas de la cita programada. Entendemos la posibilidad de que surjan circunstancias imprevistas que puedan causar una cita tardía o pérdida. Si esto sucede, llámenos lo antes posible para que podamos cambiar el estado de su cita en consecuencia.

SERVICIOS NO CUBIERTOS
Tenga en cuenta que algunos y quizás todos los servicios que recibió pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por su compañía de seguros. Dado que todos los planes de seguro son diferentes, comuníquese con su compañía de seguros o departamento de recursos humanos para obtener información detallada sobre lo que está cubierto o no, incluidos los máximos de visitas de niño sano, inmunizaciones, etc. Se le facturará y será responsable de todos los servicios no cubiertos..

SEGURO DE RECIÉN NACIDO
Para que Oconee Pediatrics presente un seguro para su recién nacido, uno de los padres debe agregarlo a la póliza de seguro dentro de los 30 días posteriores a la fecha de nacimiento. Una vez agregado, notifique a nuestro departamento de facturación para que los cargos del paciente se presenten de manera oportuna. Si no se determina el seguro después de 30 días desde el nacimiento, la cuenta del paciente se considerará pago por cuenta propia y se facturará a la parte responsable por el saldo.

FORMAS DE PAGO
Oconee Pediatrics acepta pagos en efectivo, cheques, giros postales, Visa, MasterCard, Discover, American Express y tarjetas de débito con estos logotipos. El pago se espera en el momento del servicio.

OCONEE PEDIATRICS HIPAA POLICY STATEMENT
PRIVACY NOTICE TO PATIENTS

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU HIJO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA POR OCONEE PEDIATRICS Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

EFECTIVO: REVISADO 16 de Mayo de 2022

Según las Regulaciones de privacidad de HIPAA, Oconee Pediatrics y todos los proveedores de atención médica similares están obligados por la ley federal a mantener la privacidad de la información de salud protegida (PHI) de su hijo y cumplirán con los términos del Aviso de privacidad. Tenga en cuenta que Oconee Pediatrics puede usar la PHI de su hijo para brindarle tratamiento. Por ejemplo, se nos permite usar la PHI de su hijo para brindarle atención/tratamiento médico cuando su hijo visita nuestro consultorio o cuando tratamos a su hijo en un hospital o centro de enfermería. Según la ley federal, podemos divulgar la PHI de su hijo a usted o podemos divulgar la PHI de su hijo a terceros para su tratamiento. Por ejemplo, si remitimos a su hijo a un especialista, enviaremos la información médica de su hijo a dichos especialistas. Podemos divulgar la PHI de su hijo para fines de pago. Por ejemplo, divulgaremos la PHI de su hijo a su proveedor de seguros, su empleador, Medicare, Medicaid u otras partes responsables de brindarle a su hijo cobertura de seguro médico para que Oconee Pediatrics reciba un reembolso por los servicios prestados a su hijo. También usaremos o divulgaremos la PHI de su hijo para operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar la PHI de su hijo, cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. A menos que la divulgación sea requerida por la ley federal/estatal, o ciertas otras excepciones, incluida la aplicación de la ley, tenemos prohibido divulgar la PHI de su hijo sin su autorización. Nuestra práctica puede usar o divulgar la PHI de su hijo de acuerdo con los requisitos específicos de las reglas de HIPAA sin que Oconee Pediatrics necesite obtener su autorización si la información es.

1. Requerido por ley
2. Necesario para fines de salud pública
3. Divulgaciones requeridas sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica
4. Requerido por una agencia de vigilancia de la salud para actividades de vigilancia autorizadas por ley
5. Requerido en el curso de un procedimiento judicial o administrativo
6. Requerido para un propósito de aplicación de la ley a un oficial de la ley
7. Requerido por un médico forense o examinador médico
8. Requerido por una organización de obtención de órganos para investigación, y
9. Necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.

Adicionalmente, si usted es miembro de las fuerzas armadas, Oconee Pediatrics puede divulgar la PHI de su hijo sin su consentimiento si las autoridades de mando militar correspondientes lo consideran necesario para garantizar una misión militar adecuada. También podemos comunicarnos con usted por correo o por teléfono para recordarle las citas con nuestra oficina o para discutir alternativas de tratamiento. Si, por alguna razón, no desea que lo contactemos por correo o por teléfono, el personal de nuestra oficina anotará su solicitud en su expediente. En caso de que nuestra práctica desee divulgar la PHI de su hijo a otra entidad además de las mencionadas anteriormente, debemos obtener su autorización. Buscaríamos obtener su autorización si Oconee Pediatrics decidiera divulgar la PHI de su hijo por motivos distintos al tratamiento, el pago o las operaciones de nuestra práctica. Por ejemplo, si deseamos participar en una investigación externa o en un estudio de medicamentos, necesitaríamos una autorización por escrito antes de que se nos permita divulgar la PHI de su hijo a dicho centro de investigación externo o fabricante de medicamentos. Si nos proporciona una autorización, tiene derecho a revocar dicha autorización en cualquier momento enviando a Oconee Pediatrics una revocación por escrito. Sin embargo, si ya hemos divulgado dicha información conforme a su autorización, la revocación será efectiva para todas las divulgaciones futuras. Además, tenga en cuenta que tiene la capacidad de acceder, obtener una copia, inspeccionar y solicitar la modificación de la información médica de su hijo que mantenemos. Además, si lo desea, Oconee Pediatrics puede proporcionar un informe de todas las divulgaciones para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y de conformidad con la autorización. Si tiene una disputa con nuestra práctica con respecto al uso de la PHI de su hijo o una divulgación por parte de Oconee Pediatrics y cree que se han violado los derechos primarios de su hijo, comuníquese con Oconee Pediatrics para presentar una queja o puede comunicarse con el Secretario de Salud y Recursos Humanos. Servicios. Agradecemos los comentarios de nuestros pacientes por correo postal, correo electrónico o teléfono. Por favor comprenda que Oconee Pediatrics no tomará represalias en su contra por presentar una queja. Por último, tenga en cuenta que tiene derecho a designar un representante personal o solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de la PHI de su hijo para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica o divulgaciones por parte de Oconee Pediatrics de la PHI de su hijo a un miembro de la familia. , pariente o un amigo personal cercano. Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar su designación o restricción solicitada. Si solicita una copia de la PHI de su hijo, también tiene la posibilidad de solicitar que la enviemos a una ubicación alternativa y por medios alternativos. Además, si ha recibido este aviso en formato electrónico y desea una copia impresa, comuníquese con el contacto de privacidad de Oconee Pediatrics. Oconee Pediatrics se reserva el derecho de modificar este aviso según lo revisado. Los avisos se publicarán en nuestro sitio web (www.oconeepediatrics.com) y en nuestra oficina y se le entregarán a usted si los solicita. Gracias y si tiene alguna pregunta, comuníquese con Oconee Pediatrics al 864-882-7800 o por correo electrónico a oconeepediatrics864@gmail.com.