



13000 Harbor Center Dr, #202, Woodbridge, VA, 22192  
T: 703-955-5355 F: 703-955-5348

## POLÍTICAS DE LA CLÍNICA DE SUEÑO ÓPTIMO Y PÉRDIDA DE PESO

Este formulario contiene información sobre nuestras Políticas y prácticas. Por favor, lea atentamente en su totalidad.

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información.

#### Nuestro Obligación Legal

Estamos obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud protegida. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud protegida. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia el 1 de junio de 2023 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso efectivos para toda la información de salud protegida que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de hacer los cambios.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso (o cualquier aviso revisado posterior) en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso.

#### Usos y Divulgaciones de la Información de Salud Protegida

Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida sobre usted para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información médica protegida que pueden ocurrir. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y divulgaciones que puede realizar nuestra oficina.

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le brinde atención. También divulgaremos información de salud protegida a otros médicos que puedan estar atendiendo. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico a quien usted haya sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Además, podemos divulgar su información médica protegida de vez en cuando a otro médico o proveedor de atención médica (p. ej., un especialista o un laboratorio) que, a pedido de su médico, se involucre en su atención brindándole asistencia con su atención médica, diagnóstico o tratamiento a su médico.

**Pago:** Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede realizar antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que le recomendamos, tales como: determinar la elegibilidad o la cobertura de los beneficios del seguro, revisar los servicios que se le brindan para la salud protegida, necesidad, y emprender actividades de revisión de la utilización.



13000 Harbor Center Dr, #202, Woodbridge, VA, 22192

T: 703-955-5355 F: 703-955-5348

Por ejemplo, obtener la aprobación para un hospital estadía puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión en el hospital.

Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para realizar ciertas actividades comerciales y operativas. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes, otorgamiento de licencias y realización o arreglo de otras actividades comerciales.

Por ejemplo, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted por teléfono o correo para recordarle su cita.

Compartiremos su información de salud protegida con "socios comerciales" de terceros que realizan diversas actividades (p. ej., facturación, servicios de transcripción) para la práctica. Siempre que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial involucre el uso o la divulgación de su información médica protegida, tendremos un contrato por escrito que contenga términos que protegerán la privacidad de su información médica protegida.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. También podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras actividades de marketing. Por ejemplo, su nombre y dirección pueden usarse para enviarle un boletín informativo sobre nuestra práctica y los servicios que ofrecemos. También podemos enviarle información sobre productos o servicios que creemos que pueden ser beneficiosos para usted. Puede comunicarse con nosotros para solicitar que no le enviemos estos materiales.

**Usos y Divulgaciones Basados en Su Autorización por Escrito:** Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida se realizarán solo con su autorización, a menos que la ley permita o exija lo contrario, como se describe a continuación.

Puede darnos una autorización por escrito para usar su información de salud protegida o para divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras estuvo vigente. Sin su autorización por escrito, no divulgaremos su información de atención médica excepto como se describe en este aviso.

**Otros Involucrados en Su Atención Médica:** A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u objetar dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro juicio profesional. Podemos usar o divulgar información médica protegida para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal o cualquier otra persona responsable de su atención sobre su ubicación, condición general o muerte.

**Comercialización:** Podemos usar su información de salud protegida para contactarlo con información sobre alternativas de tratamiento que pueden ser de su interés. Podemos divulgar su información de salud protegida a un socio comercial para que nos ayude en estas actividades. A menos que la información se le proporcione a través de un boletín informativo general o en persona, o sea para productos o servicios de valor nominal, puede optar por no recibir más dicha información comunicándonos mediante la información de contacto que se encuentra al final de este aviso.

**Investigación; Muerte; Donación de órganos:** Podemos usar o divulgar su información de salud protegida con fines de investigación en circunstancias limitadas. Podemos divulgar la información de salud protegida de una persona fallecida a un médico forense, examinador de salud protegido, director de una funeraria u organización de obtención de órganos para ciertos propósitos.

**Salud y Seguridad Públicas:** Podemos divulgar su información de salud protegida en la medida necesaria para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros. Podemos divulgar su información médica protegida a una agencia gubernamental autorizada para supervisar el sistema de atención médica o los programas gubernamentales o sus contratistas, y a las autoridades de salud pública para fines de salud pública propósitos.

**Supervisión de la Salud:** Podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales, otros programas regulatorios gubernamentales y las leyes de derechos civiles.

**Abuso o Negligencia:** Podemos divulgar su información médica protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad o agencia gubernamental autorizada para recibir dicha información. En este caso, la divulgación se hará de acuerdo con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

**Administración de Alimentos y Medicamentos:** Podemos divulgar su información de salud protegida a una persona o empresa requerida por la Administración de Alimentos y Medicamentos para informar eventos adversos, defectos o problemas de productos, desviaciones de productos biológicos; rastrear productos; para permitir la retirada de productos; para hacer reparaciones o reemplazos; o para realizar vigilancia posterior a la comercialización, según se requiera.

**Actividad Delictiva:** De acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su información médica protegida, si creemos que el uso o divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar información de salud protegida si es necesario para que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley identifiquen o detengan a una persona.

**Requerido por la Ley:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida cuando la ley así lo exija. Por ejemplo, debemos divulgar su información de salud protegida al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si así lo solicita con el fin de determinar si cumplimos con las leyes federales de privacidad. Podemos divulgar su información de salud protegida cuando lo autoricen las leyes de compensación laboral o leyes similares.

**Proceso y Procedimientos:** Podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, en determinadas circunstancias. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, orden judicial o citación de un gran jurado, podemos divulgar su información médica protegida a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

**Agencia de La Ley:** Podemos divulgar información limitada a un oficial de cumplimiento de la ley con respecto a la información de salud protegida de un sospechoso, fugitivo, testigo material, víctima de un delito o persona desaparecida. Podemos divulgar la información de salud protegida de un recluso u otra persona bajo custodia legal a un oficial de la ley o institución correccional bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar información de salud protegida cuando sea necesario para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a capturar a una persona que haya admitido su participación en un delito o haya escapado de la custodia legal.

## Derechos del Paciente

**Acceso:** Tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud protegida, con excepciones limitadas. Debe realizar una solicitud por escrito a la persona de contacto que se indica en este documento para obtener acceso a su información de salud protegida. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que se encuentra al final de este aviso. Podemos preparar un resumen o una explicación de su información de salud protegida por una tarifa.

Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

**Contabilidad de Divulgaciones:** Tiene derecho a recibir una lista de las instancias en las que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información de salud protegida para otros fines que no sean el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y ciertas otras actividades. Le proporcionaremos la fecha en la que hicimos la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que divulgamos su información médica protegida, una descripción de la información médica protegida que divulgamos, el motivo de la divulgación y cierta otra información. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

**Solicitudes de Restricción:** Tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información médica protegida. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en una emergencia). Cualquier acuerdo que podamos hacer con respecto a una solicitud de restricciones adicionales debe ser por escrito y firmado por una persona autorizada para hacer dicho acuerdo en nuestro nombre.

**Comunicación Confidencial:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial acerca de su información de salud protegida por medios alternativos oa una ubicación alternativa. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Debemos atender su solicitud si es razonable, especifica los medios alternativos o la ubicación y continúa permitiéndonos facturarle y cobrarle el pago.

**Modificación:** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica protegida. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos denegar su solicitud si no creamos la información que desea modificar o por otras razones. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se adjuntará a la información que desea modificar. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos todos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas o entidades que usted nombre, de la modificación e incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

**Aviso Electrónico:** Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a recibir este aviso por escrito. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso para obtener este aviso por escrito.

## Preguntas y Quejas

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros utilizando la información a continuación. Si cree que es posible que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica protegida o en respuesta a una solicitud que realizó, puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto a continuación. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Para presentar una queja ante el Secretario, envíela por correo a: Secretary of the US Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave, SW, Washington, DC 20201, o llame al (202) 619-0257 (o al número gratuito (877) 696-6775), o diríjase al



13000 Harbor Center Dr, #202, Woodbridge, VA, 22192  
T: 703-955-5355 F:703-955-5348

sitio web de la Oficina de Derechos Civiles, [www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/), para obtener más información. No habrá represalias contra usted por presentar una queja.

Nombre de la Persona de Contacto:

Pascual Ngongmon. Teléfono: 703-955-5355. Dirección: 13000 Harbor Center Dr, #202, Woodbridge, VA, 22192

## Aviso de No Discriminación

Optimal Sleep and Weight Loss Clinic cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Optimal Sleep and Weight Loss Clinic no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Si tiene alguna inquietud o queja, puede contactarnos en:

Correo: 13000 Harbor Center Dr. #202, Woodbridge, VA, 22192

Correo electrónico: [optimalsleepweightloss@gmail.com](mailto:optimalsleepweightloss@gmail.com) Teléfono: 703-955-5553 Fax: 703-955-5548

Puede presentar una queja en persona o por teléfono, correo postal o electrónico.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [ocrportal.hhs.gov](http://ocrportal.hhs.gov), o por correo o teléfono a:

### Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)

## POLÍTICA FINANCIERA

Este formulario es para informarle sobre nuestras prácticas de facturación y política financiera.

### Seguros y Facturación.

Para verificar si aceptamos su seguro, comuníquese con nuestra oficina. Si no aceptamos su seguro, es posible que podamos emitir una carta de necesidad médica para que la use para solicitar el reembolso de su compañía de seguros. Los pagos de los que usted es responsable vencen antes de su visita/prueba.

### Opciones de Pago.

Las opciones de pago aceptadas incluyen efectivo y tarjetas de crédito. Por favor pregunte a nuestro personal acerca de todas las opciones de pago.

### Formularios y Tarifas

Hay un cargo por todos los formularios. Espere hasta 7 días hábiles para completar los formularios. Todos los formularios deben dejarse en la recepción, incluso si los trae el día de su cita. El procesamiento acelerado de los formularios se considerará caso por caso y es posible que se apliquen tarifas adicionales. Los pagos deben hacerse en el momento en que se liberan los formularios. Hable con nuestro personal para obtener detalles sobre los formularios y las tarifas aplicables.

Cartas: \$25      Formularios VA/Cartas: \$100



13000 Harbor Center Dr, #202, Woodbridge, VA, 22192  
T: 703-955-5355 F:703-955-5348

**Política de Cancelación:**

Si por alguna razón debe cancelar o reprogramar su cita, debe avisarnos con 24 horas de anticipación para evitar un cargo de \$50 por no presentarse o por cancelación tardía. Esta tarifa no es facturable a su seguro y es su responsabilidad. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, la cita puede ser cancelada o reprogramada. Si llega tarde pero menos de 15 minutos tarde a su cita, se le puede pedir que espere hasta que el proveedor tenga una vacante para que lo atiendan. Para las citas de estudio del sueño en el laboratorio, debe proporcionar un aviso de cancelación con un mínimo de 3 días hábiles para evitar un cargo por no presentarse o cancelación tardía de \$150. Esta tarifa no es facturable a su seguro y es su responsabilidad.

Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, hable con nuestro personal y estaremos encantados de ayudarle.

Por la presente, autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico y/o al grupo de médicos por el cual soy financieramente responsable de todos los cargos. También doy mi consentimiento para la divulgación y nueva divulgación de mi registro médico para permitir o facilitar el pago, cobro, verificación o liquidación de mi cuenta por cualquier monto adeudado por mí o cualquier tercero pagador, organización de mantenimiento de la salud, asegurador u otro plan de beneficios de salud.

Nuestra oficina obtendrá un desglose general de los beneficios de su seguro de su compañía de seguros. Esta información se le puede proporcionar a usted si la solicita. Esta información no es una garantía de beneficios; Le recomendamos encarecidamente que se comuniquen con su compañía de seguros para obtener una aprobación más específica para todos los servicios.

Si en algún momento cambia de seguro, o si su póliza de seguro finaliza o cancela la cobertura, usted será completamente responsable de todos los cargos que no estén sujetos a volver a presentar con cualquier nuevo seguro proporcionado. La mayoría de los seguros tienen requisitos de presentación oportuna y, si no se cumplen, no podemos volver a facturar esos servicios. Es imperativo que notifique a nuestra oficina inmediatamente sobre cualquier cambio en su póliza. Si no podemos volver a presentar sus reclamos, usted será completamente responsable de todos los cargos. Esto incluye también cualquier información SECUNDARIA relacionada con el seguro.

**POLÍTICA DE REMISIÓN**

Entiendo que si mi compañía de seguros requiere una "Referencia de seguro" por escrito de mi médico de atención primaria, soy responsable de obtener la referencia de seguro antes de ser visto en nuestra oficina y antes de la prueba. Recomendamos que todos los pacientes llamen y confirmen esto directamente con su seguro médico o consulten con el consultorio de su PCP con anticipación. Si no se ha obtenido una "referencia de seguro" antes de mi cita, se me pedirá que firme un "Formulario de renuncia" reconociendo que si la referencia no se puede obtener a tiempo, seré financieramente responsable de los cargos incurridos.

Acepto que si esta cuenta se remite a una agencia oa un abogado para el cobro, seré responsable de todos los costos de cobro, honorarios de abogados y costos judiciales. He leído y entiendo todo lo anterior y estoy de acuerdo con estas declaraciones.

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_

Si es un representante autorizado, indique la relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_