

EXAMEN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA HIPAA

Nombre del Empleado (ACW)	Nombre del Miembro	Puntaje <small>(mínimo 80 %)</small>

Empleado: Revise la Guía de capacitación de la HIPAA, haga las preguntas que precise, complete el examen de la HIPAA a continuación, y revise y firme el acuerdo de confidencialidad.

1. HIPAA significa:
 - a. *Health Insurance Protection and Accuracy.*
 - b. *Health Insurance Portability and Accountability Act.*
 - c. *Help Insurance company Profits - Always Applicable.*

2. PHI significa: P _____ H _____ I _____.

3. En el marco de la HIPAA, a los pacientes no se les suele permitir ver su información médica:
 - a. Verdadero b. Falso

4. Si un paciente solicita información de su historia clínica, usted debería:
 - a. Correr a Kinko’s, hacer una copia y dársela al paciente.
 - b. Decirle que lo siente, pero la información no está disponible.
 - c. Remitir la solicitud al Gerente del Programa o al Encargado de Privacidad.

5. La HIPAA contempla las siguientes sanciones por falta de cumplimiento (marque todas las respuestas aplicables):
 - a. Una sanción civil de \$100 y hasta un máximo de \$25,000 al año por cada norma infringida.
 - b. Una sanción penal por divulgar PHI a conciencia, por hasta un máximo de \$250,000.
 - c. Revocación de su licencia de conducir.

6. Si un paciente le pregunta cómo se usa y divulga su PHI, usted debería:
 - a. Informarle que se colocó un cartel en la puerta.
 - b. Decirle que todo se escribe con tinta invisible para proteger la información.
 - c. Remitir al paciente al Gerente del Programa o al Encargado de Privacidad.

7. A los pacientes no se les dirá cuáles son sus derechos conforme a la HIPAA, sino que deberán buscar la información en un sitio Web del gobierno:
 - a. Verdadero b. Falso

8. La Norma de Privacidad de HIPAA (la ley) entró en vigor el: _____

Acuerdo de confidencialidad Al firmar a continuación, reconozco que la divulgación de información confidencial obtenida a través de mi empleo con el Miembro y este programa de CDCN está **PROHIBIDA**. Asimismo, comprendo que toda la información acerca de la enfermedad, la familia, la situación patrimonial o los detalles personales del Miembro se considera estrictamente confidencial. Cuando se revise la situación o el historial de un Miembro, se lo debe hacer en privado en un lugar donde solo las personas involucradas en los servicios de atención del Miembro estén presentes. Toda la información que yo conozca acerca de cualquier Miembro, empleado o tercero también se considera confidencial. Reconozco que la confidencialidad es una parte importante del trabajo y me comprometo a no divulgar información confidencial. El incumplimiento del requisito de confidencialidad es causa de despido.

Firma del ACW

Fecha

Firma del Miembro/Rep.

Fecha

