



# Baptist Health South Florida

## ACKNOWLEDGEMENT OF CONFIDENTIALITY

Baptist Health South Florida (“BHSF”) takes seriously its obligations to maintain the confidentiality of patient information under federal and Florida privacy laws and regulations. As a member of the temporary workforce of a BHSF facility or as an independent contractor performing services on the premises of a BHSF facility, you may need to access patient information in the course of performing your responsibilities at our facilities. You also may inadvertently come into contact with patient information because of your presence at a BHSF facility. By signing this Confidentiality Agreement below, you acknowledge that, as a condition of your access to patient information or your presence at a BHSF facility, you have read and agree to comply with our policies and procedures regarding the confidentiality of patient information and the requirements set forth below.

### DEFINITION OF PATIENT INFORMATION:

For purposes of this acknowledgment and agreement, “patient information” shall include demographic information, and means information created or received by a BHSF facility that:

- 1) relates to the past, present or future physical or mental health or condition of an individual; the provision of health care to an individual; or the past, present or future payment for the provision of healthcare to an individual; and
- 2) identifies the individual subject of the information or with respect to which there is a reasonable basis to believe the information could be used to identify the individual subject of the information.

### CONFIDENTIALITY REQUIREMENTS:

- 1) I have been informed about and understand applicable BHSF policies and procedures regarding the confidentiality of patient information.
- 2) I will comply with all applicable laws, BHSF’s policies and procedures regarding the confidentiality of patient information, and the confidentiality requirements listed below.
- 3) I will access patient information only as necessary to perform my responsibilities as a member of the temporary workforce of a BHSF facility or as an independent contractor performing services on the premises of a BHSF facility.
- 4) I will not record, discuss or otherwise divulge any patient information other than as necessary in the course of my duties and responsibilities for the BHSF facility.
- 5) I will guard and maintain the confidentiality of patient information, including, but not limited to, keeping patient information secure, private and out of public view, and avoiding conversations about patient information except as necessary to perform my responsibilities at a BHSF facility.
- 6) I will immediately report to the BHSF Privacy Officer any uses and disclosures or attempted uses and disclosures of patient information that do not comply with applicable law, these confidentiality requirements or the BHSF facility’s confidentiality policies and procedures.
- 7) I will immediately report to the BHSF Privacy Officer any breach or threat to the security of patient information of which I become aware.
- 8) I understand that I may be terminated from working at or for a BHSF facility if I do not comply with any provision of applicable law, these confidentiality requirements, or the BHSF facility’s confidentiality policies and procedures.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Name of Visitor/Workforce Member (Please Print)

\_\_\_\_\_  
Department

\_\_\_\_\_  
Department Personnel Name

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Reason for Visit (if applicable)

#### **Baptist Health facility:**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baptist Hospital of Miami     | <input type="checkbox"/> South Miami Hospital   | <input type="checkbox"/> Doctors Hospital                   | <input type="checkbox"/> Homestead Hospital |
| <input type="checkbox"/> West Kendall Baptist Hospital | <input type="checkbox"/> Miami Cancer Institute | <input type="checkbox"/> Fishermen’s Community Hospital     |   |
| <input type="checkbox"/> Baptist Outpatient Services   | <input type="checkbox"/> Mariners Hospital      | <input type="checkbox"/> Boca Raton Regional Hospital       |   |
| <input type="checkbox"/> Bethesda Hospital East        | <input type="checkbox"/> Bethesda Hospital West | <input type="checkbox"/> Baptist Health Medical Group North |   |
| <input type="checkbox"/> Baptist Health Medical Group  | <input type="checkbox"/> Other: _____           |   |   |

**Please fax this form to the Privacy Office at 786-662-7830  
or send via email to [Privacy@Baptisthealth.net](mailto:Privacy@Baptisthealth.net)**

**Privacy Office  
Use Only:**  
Date Received: \_\_\_\_\_



# Baptist Health South Florida

## RECONOCIMIENTO DE CONFIDENCIALIDAD

Baptist Health South Florida ("BHSF") se toma muy en serio sus obligaciones de mantener la confidencialidad de la información sobre pacientes de acuerdo con las leyes y los reglamentos de confidencialidad federales y estatales de la Florida. Como miembro temporal del cuerpo laboral de un local de BHSF o como contratista independiente que proporciona servicios en un local de BHSF, es posible que necesite acceder a la información sobre pacientes en el curso de realizar sus responsabilidades en nuestros locales. También es posible que inadvertidamente entre en contacto con la información sobre pacientes debido a su presencia en un local de BHSF. Al firmar este Acuerdo de confidencialidad debajo, usted reconoce que, como una condición de su acceso a información sobre pacientes o su presencia en un local de BHSF, ha leído y está de acuerdo con acatar nuestras políticas y procedimientos en relación a la confidencialidad de la información sobre pacientes y los requisitos establecidos presentados debajo.

### DEFINICIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE PACIENTES:

Para los propósitos de este reconocimiento y acuerdo, la "información sobre pacientes" incluirá la información demográfica, y significa información creada o recibida por un local de BHSF que:

- 1) se relaciona al pasado, presente o futuro de la salud o del estado físico o mental de un individuo; la provisión de atención de salud a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la provisión de atención médica de un individuo; y
- 2) identifica al individuo relacionado con la información, o con respecto al cual existe una base razonable para creer que la misma se podría usar para identificar al individuo relacionado con la información.

### REQUISITOS DE CONFIDENCIALIDAD:

- 1) Se me ha informado en relación a, y comprendo, las políticas y procedimientos correspondientes de BHSF en relación a la confidencialidad de la información sobre pacientes.
- 2) Acataré todas las leyes correspondientes, las políticas y procedimientos de BHSF con respecto a la confidencialidad de la información sobre pacientes y todos los requisitos de confidencialidad enumerados debajo.
- 3) Accederé a la información sobre pacientes solamente según sea necesario para realizar mis responsabilidades como miembro temporal del cuerpo laboral de un local de BHSF o como contratista independiente proporcionando servicios en un local de BHSF.
- 4) No apuntaré, discutiré, ni divulgaré de otro modo ninguna información sobre los pacientes diferente de aquella que sea necesaria en el curso de mis deberes y responsabilidades para el local de BHSF.
- 5) Protegeré y mantendré la confidencialidad de la información sobre los pacientes, incluyendo, pero sin limitarse a, mantener segura, privada y fuera de la vista pública, la información sobre los pacientes, y evitaré conversaciones acerca de la información sobre los pacientes salvo que esto fuera necesario para realizar mis responsabilidades en un local de BHSF.
- 6) Inmediatamente informaré al oficial de confidencialidad de BHSF sobre cualquier uso y divulgación, o sobre cualquier intento de usar y divulgar, información sobre los pacientes que no cumplan con la ley correspondiente, con estos requisitos de confidencialidad o con las políticas y procedimientos referentes a la confidencialidad del local de BHSF.
- 7) Inmediatamente informaré al oficial de confidencialidad de BHSF acerca de cualquier violación o amenaza a la seguridad de la información sobre los pacientes de la cual me enteré.
- 8) Comprendo que tal vez se me despidan de trabajar en o por un local de BHSF si no cumplo con cualquier disposición de ley correspondiente, con estos requisitos de confidencialidad o con las políticas y procedimientos del local de BHSF.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del visitante/miembro del personal \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_

Nombre del personal del departamento \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Motivo de la visita (si corresponde)

#### Local de Baptist Health:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baptist Hospital of Miami     | <input type="checkbox"/> South Miami Hospital        | <input type="checkbox"/> Doctors Hospital                | <input type="checkbox"/> Homestead Hospital |
| <input type="checkbox"/> West Kendall Baptist Hospital | <input type="checkbox"/> Miami Cancer Institute      | <input type="checkbox"/> Fishermen's Community Hospital  |   |
| <input type="checkbox"/> Mariners Hospital             | <input type="checkbox"/> Baptist Outpatient Services | <input type="checkbox"/> Boca Raton Regional Hospital    |   |
| <input type="checkbox"/> Bethesda Hospital East        | <input type="checkbox"/> Bethesda Hospital West      | <input type="checkbox"/> Bethesda Health Physician Group |   |
| <input type="checkbox"/> Baptist Health Medical Group  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |  |   |

**Por favor envíe este formulario a la Oficina de Privacidad por fax al 786-662-7830 o por correo electrónico a [Privacy@BaptistHealth.net](mailto:Privacy@BaptistHealth.net)**

**Uso solamente de la oficina de confidencialidad:**

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