

HIPAA Notice of Privacy Practices

Revised 2013

Effective as of April/14/2003

Revised March/26/2013



ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad no es una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros socios de negocios y sus subcontratistas, podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de tener acceso y controlar su información médica protegida. "Información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, condición física o mental de la salud y el cuidado de la salud relacionados con los servicios actuales o futuros.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que se implican en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de atención médica a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, con el apoyo el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con una tercera parte. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar y tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de atención de salud. Por ejemplo, para obtener la aprobación de su estancia en el hospital puede requerir que su información médica protegida sea revelada al plan de la salud para obtener la aprobación de la admisión en el hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o revelar, como sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de la calidad, evaluación de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, las licencias, la recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de inscripción en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, ponerse en contacto con usted para recordarle de su cita, y le informará sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés. Si usamos o divulgamos su información médica protegida para actividades de recaudación de fondos, le daremos la opción de optar por estas actividades. También puede optar interactivo .

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como lo requiere la ley, las cuestiones de salud pública que exige la ley, las enfermedades transmisibles, la vigilancia de la salud, abuso o negligencia, los alimentos y los requisitos de administración de medicamentos, los procedimientos judiciales, la policía, médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos, la investigación penal la actividad, la actividad militar y la seguridad nacional, la indemnización de los trabajadores, los presos y otros usos y divulgaciones requeridas. Según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted por su requerimiento. Según la ley, también hay que divulgar su información protegida de salud cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otros Usos Permitidos y Divulgación requerida se harán solamente con su consentimiento, autorización o una oportunidad para objetar menos que sea requerido por la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de comercialización. No podemos vender su información de salud protegida sin su autorización. No podemos usar o divulgar notas de psicoterapia más contenidos en su información de salud protegida. No vamos a utilizar o divulgar su información de salud protegida que contiene la información genética que se utilizará para fines de suscripción.

Usted puede revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

SUS DERECHOS

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (cargos pueden aplicar) - Conforme a su solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida ya sea en formato electrónico o en papel. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación razonable de, o utilizado en, una acción civil, criminal, o administrativo, la información de salud protegida restringido por la ley, la información que se relaciona con la investigación médica en las que haya accedido a participar, la información cuya divulgación puede resultar en daños o lesiones a usted o a otra persona, o información que fue obtenida bajo una promesa de confidencialidad.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida - Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no será revelada a sus familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique. Su médico no está obligado a aceptar su solicitud de restricción, salvo si solicita que el médico no divulga información de salud protegida a su plan de salud con respecto a la atención médica para la cual usted ha pagado por completo de su bolsillo.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales - Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, previa solicitud, incluso si estuvo de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida - Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones - Usted tiene el derecho de recibir un informe de divulgaciones, en papel o electrónico, excepto las divulgaciones: en virtud de una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerido por la ley, que ocurrió antes del 14 de Abril de 2003, o seis años anteriores a la fecha de la solicitud.

Usted tiene el derecho a recibir una notificación de incumplimiento - Le notificaremos si su información de salud protegida ha sido violada.

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación por medios electrónicos. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos de dichos cambios en la siguiente cita. También vamos a hacer copias de nuestro nuevo aviso si desea obtener uno.

QUEJAS

Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Cumplimiento de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente vigente. Si usted tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal. Por favor firme el formulario adjunto "Reconocimiento". Tenga en cuenta que al firmar el formulario de reconocimiento sólo se le reconoce que ha recibido o le han dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad.