

Aviso de Prácticas de Privacidad

Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe la manera en que la información médica acerca de usted se puede usar y divulgar y cómo usted puede obtener acceso a dicha información. **Por favor léala detenidamente.**

Sus Derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia de su expediente médico impreso o electrónico
- Corregir su expediente médico impreso o electrónico
- Pedir comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos a quienes les hemos facilitado su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Nombrar a una persona como representante
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

➤ *Consulte la página 2 para más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.*

Sus Opciones

Usted tiene algunas opciones en cuanto a la manera en que usamos y damos su información cuando hagamos lo siguiente:

- Le digamos a su familia y a sus amigos sobre su condición
- Brindemos ayuda en casos de catástrofes

➤ *Consulte la página 3 para más información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.*

Nuestros Usos y Divulgaciones

Es posible que usemos y demos su información para lo siguiente:

- Dar tratamiento
- Operar nuestra organización
- Cobrar por los servicios que le dimos
- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública
- Realizar investigaciones
- Cumplir con la ley
- Responder a peticiones para la donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar peticiones acerca de indemnización al trabajador, de las autoridades del orden público, y otras peticiones gubernamentales
- Contestar a demandas y acciones jurídicas

➤ *Consulte la página 3 y 4 para más información sobre estos usos y divulgaciones.*



Sus Derechos

Cuando se trata de la información de su salud, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarle.

Obtener una copia de su expediente médico impreso o electrónico

Usted puede pedir ver u obtener una copia impresa o electrónica de su expediente médico y la otra información médica que tengamos acerca de usted. Pregúntenos cómo hacer esto.

Le brindaremos una copia o un resumen de su información médica, usualmente dentro de los 30 días después de su petición. Podríamos cobrar una cuota basada en los costos.

Pedirnos que corrijamos su expediente médico

Usted nos puede pedir que corrijamos cualquier información sobre su salud que usted crea estar equivocada o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.

Podríamos decir “no” a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de los siguientes 60 días.

Pedir comunicaciones confidenciales

Usted nos puede pedir que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, en su teléfono particular o el de la oficina) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.

Le diremos “sí” a cualquier petición razonable.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

Usted nos puede pedir que no usemos ni demos cierta información sobre su salud al dar tratamiento, para recibir pago, o en nuestras operaciones. No tenemos la obligación de acceder a su petición, y podríamos decirle que “no” si esto afectaría la atención que usted recibiría.

Si usted paga de su bolsillo el cobro total de un servicio o un artículo para el cuidado de la salud, usted puede pedirnos que no demos esa información para el propósito de recibir pago o en nuestras operaciones con su aseguradora médica. Le diremos que “sí” al menos que alguna ley exija que demos esa información.

Obtener una lista de aquellos a quienes les hemos dado su información

Usted puede pedir una lista (explicación) de las veces que hemos dado su información médica durante los seis años antes de su petición, y a quién se la hemos dado y por qué.

Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas a los tratamientos, pagos, y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como aquellas que usted nos pidió que hiciéramos). Le brindaremos una explicación gratuita cada año, pero si usted pide otra explicación dentro de los mismos 12 meses le cobraremos una cuota razonable basada en el costo.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede pedir una copia de impresa de este aviso en cualquier momento, aunque usted haya aceptado recibir el aviso en forma electrónica. Le facilitaremos una copia impresa sin demora.

Nombrar a un representante

Si usted le ha dado a una persona poder notarial o si alguna persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer los derechos de usted y hacer elecciones acerca de su información médica.

Antes de hacer cualquier cosa, nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar por usted.

Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos

Usted se puede quejar si cree que hemos violado sus derechos, puede contactarnos usando la información que se encuentra en la página 5.

No tomaremos ninguna represalia contra usted por presentar una queja.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201, o puede llamar al 1-877-696-6775, o puede visitar el sitio www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.



Sus Opciones

Con cierta información sobre su salud, usted puede decirnos qué prefiere que compartamos.

Si usted tiene alguna preferencia clara de cómo debemos dar su información en las situaciones descritas a continuación, podemos hablar. Díganos lo que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.



En los siguientes casos usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

Le demos información a su familia, amigos cercanos, o demás personas involucradas con el cuidado de su salud

Demos su información en situaciones de catástrofe

Incluyamos su información en un directorio hospitalario

Si usted no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo si cae en estado inconsciente, es posible que demos su información si creemos que es lo que más le conviene a usted. Además podríamos dar su información cuando se necesite para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.



Nuestros Usos Y Divulgaciones

¿En qué manera usamos y compartimos normalmente su información médica?

Normalmente usamos o damos su información médica de las siguientes maneras.



Dar tratamiento

Nosotros podemos usar su información y compartirla con otros profesionales que le estén dando tratamiento.

Ejemplo: *Un doctor que le esté dando tratamiento por alguna lesión le pregunta a otro doctor sobre su condición médica en general.*

Operar nuestra organización

Podemos usar y dar su información médica para operar nuestro consultorio, para mejorar la atención que usted recibe, y contactarlo cuando sea necesario.

Ejemplo: *Usamos su información médica para manejar su tratamiento y los servicios que recibe.*

Cobrar por los servicios que le damos

Podemos usar y facilitar su información médica para cobrar y recibir pago de los planes de seguro médico u otras entidades.

Ejemplo: *Nosotros le damos información de usted a su plan de seguro médico para que nos pague por los servicios que le brindamos.*

continúa en la siguiente página

¿De qué otra manera podemos usar o dar su información médica? Se nos permite o se nos exige dar su información de otras maneras – usualmente en maneras que contribuyen al bien público, tal como la salud pública e investigaciones. Tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder facilitar su información para los siguientes propósitos. Para obtener más información, vaya a www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con problemas de salud y seguridad pública

Podemos dar su información médica en ciertas situaciones como las siguientes:

- Para prevenir una enfermedad
- Para ayudar con el retiro de ciertos productos del mercado
- Para notificar de reacciones negativas de ciertos medicamentos
- Para denunciar la sospecha de abuso, negligencia, o violencia familiar
- Para evitar o reducir una amenaza grave contra la salud o seguridad de alguna persona

Realizar investigaciones

Podemos usar o compartir su información médica para realizar investigaciones médicas.

Cumplir con la ley

Daremos información acerca de usted si lo exige la ley estatal o federal, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver si estamos acatando la ley federal de privacidad.

Responder a peticiones para la donación de órganos y tejido

Podemos darle información médica acerca de usted a las organizaciones dedicadas a la obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

Podemos facilitarle información médica a un perito o médico forense o el director de una funeraria cuando una persona muere.

Abordar peticiones acerca de indemnización al trabajador, de las autoridades del orden público, y otras peticiones gubernamentales

Podemos usar o dar información médica acerca de usted:

- Para los reclamos de indemnización al trabajador (conocido en inglés como workers' comp)
- Para propósitos de orden público o con un agente del orden público
- Con agencias de control sanitario para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como servicios militares, la seguridad nacional, y el servicio de protección para el presidente de la nación

Contestar a demandas y acciones jurídicas

Podemos dar información médica sobre usted en contestación a una orden judicial o administrativa, o en contestación a un citatorio judicial de documentos.

Nuestras Responsabilidades.

La ley exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.

- Le notificaremos rápidamente si ocurre una violación de privacidad que posiblemente haya puesto en riesgo la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos apegarnos a las responsabilidades y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle a usted una copia de las mismas.
- No usaremos ni daremos su información de otra manera que no esté descrita en este aviso al menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que sí podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito de que ha cambiado de parecer.

Para obtener más información, vaya a: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Nosotros podemos cambiar los términos de este aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengamos acerca de usted. El nuevo aviso estará disponible al solicitarlo, o en nuestras oficinas, y en nuestro sitio web.

Fecha de vigor: 23 de septiembre del 2013



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

Nombre y apellido en letra de molde

Firma

Fecha

Solamente para uso administrativo

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

Individual refused to sign

Other (Please Specify):
