



HIPPA Aviso de las prácticas de privacidad

Efectivo a partir de abril 14, 2003

ESTE AVISO LE DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso de prácticas de privacidad describe como nosotros podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para realizar tratamientos, pagos u operaciones para el cuidado de su salud y para cualquier otro propósito que sea permitido o requerido por la ley. También especifica sus derechos a acceder y controlar su información. “Información de salud protegida” es información acerca de usted, incluyendo su información personal. Que puede identificarlo a usted y que lo relaciona con su pasado, presente y futuro en su condición de salud física o mental y cualquier servicio para el cuidado de su salud.

USOS Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser usada y divulgada por su doctor, nuestro personal y cualquier otra persona fuera de nuestras oficinas que estén involucradas en su tratamiento y cuidado con el propósito de proveer los servicios de salud, pagar sus cuentas por servicios de salud, para apoyar la practica de los doctores y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: utilizaremos y divulgaremos su información para proveer, coordinar o administrar su cuidado medico y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado medico con un tercero. Por ejemplo, se podrá divulgar su información un doctor al cual usted ha sido referido para asegurar que éste tiene la información necesaria para diagnosticarlo y tratarlo.

Pago: su información será utilizada, según sea necesario, para obtener le pago por los servicios de cuidado medico brindados a usted. Por ejemplo, para obtener aprobación para quedarse en un hospital podría ser necesario que su información sea divulgada al plan de salud para obtener aprobación para al admisión en el hospital.

Operaciones del negocio: utilizaremos o divulgaremos, según sea necesario, su información médica para apoyar las actividades del negocio en la práctica de los doctores. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, calidad, revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, movimientos de fondos y la conducción o arreglo de otras actividades de negocio. Por ejemplo, podremos divulgar su información médica a una escuela médica que ven pacientes en nuestra oficina. Además, en nuestra oficina de registro, podremos usar una hoja para que usted firme e indique su doctor. También podremos llamarlo por su nombre cuando este en la sala de espera y el doctor este listo para verlo. Podremos divulgar su información, según sea necesario, para llamarlo y recordarle su cita y/o informarle acerca de las alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados a la salud y servicios que podrían ser de su interés.

Podríamos divulgar su información en las siguientes situaciones sin su consentimiento: si lo requiere la ley, para situaciones de la salud pública según la ley, descuido de la salud, abuso o negligencia, requerimientos del departamento de administración de comida y drogas, procesos legales, aplicación de la ley, donación de órganos, investigación, actividad criminal, actividad militar y seguridad nacional, compensación para los trabajadores, y cualquier otro uso y divulgación. Según la ley, debemos hacer divulgaciones según usted lo solicite. Según la ley, también debemos divulgar su información médica si es requerido por la Secretaria de el Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar su cumplimiento con los requerimientos en la sección 164.500

Abuso o negligencia: podremos divulgar su información médica a la autoridad de salud pública que esté autorizada por ley a recibir reportes de abuso o negligencia a niños o ancianos. Aunado a esto, podríamos divulgar su información si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la agencia del gobierno autorizada a recibir esa información. En este caso, se divulgará la información de forma consistente con los requerimientos de las leyes del estado y federales.

Procedimientos legales: podremos divulgar su información médica en el curso de cualquier proceso administrativo o legal, en respuesta a una orden de la corte o un tribunal administrativo.

Compensación de los trabajadores: podremos divulgar su información médica según sea autorizado para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores y otros programas similares.

Otros usos permitidos y divulgaciones serán hechos solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar a no ser que sea requerido por la ley. Usted puede revocar la autorización en cualquier momento, por escrito, excepto al grado que su doctor o la clínica hayan tomado acción en el uso o divulgación indicada en la autorización.

SUS DERECHOS

Los siguientes son declaraciones de sus derechos respecto a su información médica

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica (pueden aplicar cobros) – según la ley federal, sin embargo, usted no podrá inspeccionar o copiar los siguientes documentos: notas de psicoterapia, información compilada con anticipación o usada en una acción civil, criminal o administrativa, información de salud protegida restringida por la ley, información relacionada a investigaciones médicas a las que usted accedió a participar, información cuya divulgación pueda resultar en un daño para usted u otra persona, o información que fue obtenida bajo una promesa de confidencialidad.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción a su información médica – esto significa que usted puede solicitarnos que no utilicemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica con el propósito de pagos de tratamiento u operaciones del cuidado médico. También puede solicitar que su información médica no sea divulgada a miembros de su familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como es especificado en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe contener la restricción específica y a quien va a aplicar esa restricción. No es necesario que su doctor autorice su solicitud.

Usted tiene el derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales – usted tiene el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o una locación alternativa. Usted tiene el derecho a recibir una copia de nuestra parte, según se solicite, aunque usted haya requerido que se le envíe de forma alternativa Ej. electrónicamente.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información médica – si nosotros nos negamos a su solicitud usted tiene el derecho de ingresar una declaración o queja con nosotros y probablemente nosotros refutaremos y se le proveerá con una copia.

Usted tiene el derecho a recibir reporte de ciertas divulgaciones – usted tiene el derecho de recibir un reporte de todas las divulgaciones hechas excepto por: sujetas a autorización, propósitos de tratamientos, pago, operaciones de cuidado médico; requerido por ley, antes de Abril 14, 2003 o seis años antes de la fecha de esta solicitud.

Usted tiene derecho a obtener una copia de este aviso por parte de nosotros aunque usted haya accedido a recibirlo electrónicamente. Nosotros nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y le avisaremos de estos cambios en su próxima cita. También le proporcionaremos copias de nuestro nuevo aviso en caso que usted desee obtener una.

QUEJAS

Usted se podrá quejar con nosotros o con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si usted cree que su privacidad ha sido violada por nosotros. Con nosotros usted lo podrá hacer por medio del Oficial de Conformidad (Compliance Office). No se tomara represalias si usted lo hace.

Nosotros por ley debemos mantener la privacidad y facilitarle a los individuos este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad en el respecto de la información médica protegida. Si tiene alguna pregunta referente a este documento, por favor pregúntele a nuestro Oficial de Conformidad de HIPPA en persona o por teléfono.

Por favor note que firmando este documento usted esta solamente haciéndonos saber que usted recibió o tuvo la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Practica de Privacidad.

AUTORIZACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Por favor permita acceso a mi información médica protegida a:

Nombre	Relación
_____	/ _____
_____	/ _____
_____	/ _____

Además, permito que se utilice una copia de esta autorización en el lugar de la original, y solicito el pago de los beneficios de mi seguro medico a mi o a la persona/institución que acepta esa tarea. Registros referentes a la asignación de beneficios médicos aplican. Si no lo firma el paciente, favor indicar la relación Ej. Conyugue

Nombre: _____ Firma: _____ Date: _____