



# HIPPA AVISO SOBRE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE

## ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este aviso sobre la Privacidad del Paciente describe como podríamos usar y revelar la información protegida sobre su salud (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago o procedimientos relacionados al cuidado de la salud (TPO) y para otros propósitos que son permitidos o son requeridos por la ley. También describe sus derechos para obtener acceso y controlar la información protegida sobre su salud. "Información protegida de salud" es información acerca de usted. Incluye información demográfica, que podría servir para identificarlo y que se relaciona a su salud física o mental o a condiciones y servicios relacionados al cuidado de su salud en su pasado, presente, o la condición futura de su salud.

### **1. Usos y revelaciones acerca de la información protegida de salud.**

Su información protegida de salud puede ser usada y revelada con el propósito de proporcionarle servicios de cuidado para su salud, para el pago de sus cuentas medicas, para apoyar las operaciones de la práctica del doctor, y para cualquier otro uso requerido por la ley.

**El tratamiento:** Usaremos y revelaremos su información protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para administrar el cuidado de su salud y cualquier otro servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración del cuidado de su salud con terceros. Por ejemplo, de ser necesario, podríamos revelar su información protegida de salud a un hogar de asilo que le provee cuidados a usted. También su información podría ser suministrada a un doctor a quien usted ha sido referido para cerciorarse de que el médico tenga información para el diagnóstico o tratamiento.

**Pago:** Usaremos y divulgaremos su información protegida de salud de la manera que sea necesaria para obtener el pago por el costo de los servicios proveídos para su salud. Por ejemplo, la aprobación para ser admitido en un hospital tal vez requiera que se le revele/dé cierta información pertinente protegida sobre su salud al plan (seguro) de salud para obtener una aprobación para su admisión al hospital.

**Transacciones relacionadas al cuidado de la salud:** Podríamos usar o revelar su información de salud protegida para poder apoyar las actividades relacionadas a la practica/oficina de su doctor. Estas actividades incluyen pero no se limitan a actividades sobre control de calidad, actividades relacionadas al rendimiento de empleados, entrenamiento de estudiantes médicos, la obtención de licencias y para realizar la preparación de otras actividades de negocio. Por ejemplo, podríamos revelar su información protegida sobre la salud a estudiantes médicos que ven/atenden a pacientes en nuestra oficina. Además, es posible que usemos una hoja de registro ubicada en el escritorio de la recepción en donde se le pedirá que firme su nombre e indique quien es su doctor. También es posible que lo llamamos por su nombre cuando el doctor este listo para atenderlo. Podríamos usar o revelar su información protegida de salud de la manera que sea necesaria, para contactarlo/a para recordarle acerca de su cita.

Podríamos usar o revelar la información protegida sobre su salud sin su autorización en las siguientes situaciones. Estas situaciones incluyen: Según lo requiera la Ley, asuntos relacionados a la Salud Publica según lo requiera la Ley, enfermedades contagiosas, equivocaciones por descuido relacionadas a la salud, abuso o negligencia, requisitos por parte del Departamento de Comida y Drogas/Medicamentos, procedimientos legales, ejecución de la ley, investigadores de muertes violentas/juez de instrucción, directores de funerales, Instrucción/personal relacionados a la donación de órganos, investigaciones, actividad criminal, actividad militar, seguridad nacional, compensación por enfermedad o accidente en el trabajo y reclusos. De acuerdo a la ley debemos hacerle las revelaciones a usted, y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud, estas revelaciones se deberán hacer investigar determinar si nos estamos adhiriendo a los requisitos de la sección 164.500.

**Revelaciones y otros usos permitidos y requeridos** se llevaran a cabo solamente con su consentimiento, autorización, o con una oportunidad para que usted lo dispute al menos que sea requerido por la ley. Usted puede revocar/cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito, al menos y hasta el grado en que su doctor ya haya realizado una acción en base al uso o revelación indicada en la autorización.

**Sus derechos:** A continuación se encuentra una declaración sobre sus derechos, relacionada a la información protegida sobre su salud.

**Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar la información protegida sobre su salud.** Sin embargo, según la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes archivos: apuntes de psicoterapia, información recopilada con anticipación razonable en o para uso en un pleito o procedimiento judicial civil, criminal o administrativo; ni información protegida de salud que este sujeta a una ley que le prohíba acceso a la información de salud protegida.

**Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar la información protegida de su salud.** Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni revelemos cualquier parte de información protegida sobre su salud que pudiera ser usada en relación al tratamiento, pago u operaciones relacionadas al cuidado médico. Usted también puede solicitar que cualquier parte de la información



## HIPPA AVISO SOBRE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE

protegida sobre su salud no les sea revelada a miembros de su familia o amigos quienes estén relacionados en su cuidado o para propósitos de notificaciones como se describe en este Anuncio Sobre Privacidad del Paciente. Su solicitud deberá especificar la restricción que solicita y la persona a quien usted desea que se le aplique la restricción.

No es requerido que su doctor esté de acuerdo con alguna solicitud que usted haya pedido. Si su doctor cree que resultaría beneficioso para usted el permitir y revelar la información protegida sobre su salud, ella no será restringida. Si esto sucede, usted tendrá el derecho de escoger a otro profesional para el cuidado de su salud.

*Usted tiene el derecho de solicitar que le enviemos comunicados confidenciales para medios alternos o a una ubicación distinta. Si usted así lo solicita, usted tiene el derecho de obtener una copia por escrito de este aviso*, inclusive si usted accedió a recibir este aviso por un medio diferente, como por ejemplo electrónicamente.

*Usted podría tener el derecho que su medico haga cambios a la información sobre su salud protegida.* Si negamos la solicitud de los cambios, usted tiene el derecho de presenta una declaración indicando que esta en desacuerdo con nosotros, y a la vez es posible que nosotros preparemos una refutación en respuesta a su declaración. Usted recibirá una copia de ella. En el caso de que existieran, usted tiene derecho de recibir un recuento de revelaciones hechas de la información protegida sobre su salud. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por medio del correo sobre cualquier cambio. En dado caso, usted tendrá el derecho de oponerse o retirarse según se especifica en este aviso.

**Quejas:** Si usted cree que nosotros hemos violado sus derechos sobre su privacidad, usted podrá exponer sus quejas a nosotros o al Secretario de Servicios Humanos y de Salubridad. Usted puede presentarnos una queja. **Nosotros no tomaremos represalias en contra de usted por presentar una queja.**