

Aviso de practicas de privacidad de HIPAA

Este Aviso de Practicas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su Información de Salud Protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

1. Usos y divulgaciones de información de salud protegida

Su Información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, el personal de nuestra oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, para apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su PHI para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaremos su PHI, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le brinde atención. Por ejemplo, su PHI puede ser proporcionada a un médico a quien usted haya sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar.

Pago: Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estancia en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión en el hospital.

Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, otorgamiento de licencias y realización o arreglo de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a estudiantes de la escuela de medicina que atienden pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su PHI, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita.

Podemos usar e divulgar su PHI en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo exija la ley, cuestiones de salud pública según lo exija la ley, enfermedades transmisibles; Supervisión de la Salud; Abuso o Negligencia; requisitos de la Administración de Drogas y Alimentos; Procedimientos legales; Cumplimiento de la ley; médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos; Investigar; Actividad criminal; Actividad Militar y Seguridad Nacional; Compensación del Trabajador; presos; Usos y divulgaciones requeridos; Según la Ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar mérito cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo exija la ley.

2. Sus derechos

A continuación se incluye una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida (PHI).

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: Netas de psicoterapia, información compilada con anticipación razonable o utilizada en una acción o procedimiento civil, penal e administrativo, e Información de salud protegida que está sujeta a la ley, que prohíbe el acceso a la Información de Salud Protegida.

Tiene derecho a solicitar una restriccion de su informacion medica protegida. Esto significa que puede solicitar que no usemos y divulguemos ninguna parte de su PHI con fines de tratamiento, pago u operaciones de salud. Tambien puede solicitar que no se divulgue ninguna parte de su PHI a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atenci6n o para fines de notificaci6n, como se describe en este Aviso de pnticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restriccion especifica solicitada y a quien desea que se aplique la restricci6n.

Su medico no esta obligado a aceptar una restricci6n que usted pueda solicitar. Si su medico cree que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgaci6n de su PHI, su PHI no estara restringida. Entonces tiene derecho a buscar atenci6n de otro profesional de la salud.

Tiene derecho a solicitar recibir nuestras comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicacion alternativa.

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso de forma alternativa, es decir, electr6nicamente.

Es posible que tenga derecho a que su medico modifique su informacion medica protegida. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentarnos una declaraci6n de desacuerdo y podemos preparar una refutaci6n a su declaraci6n y le proporcionaremos una copia de dicha refutaci6n.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos hecho, si las hubiere, de su informacion medica protegida.

Tenemos el derecho de cambiar los terminos de este aviso y le informaremos por correo de cualquier cambio. Entonces tiene derecho a oponerse o retirarse segun lo dispuesto en este aviso.

Quejas: Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Cumplimiento de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Este aviso se public6 y entr6 en vigencia el 14 de abril de 2003 o antes.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la informaci6n personal de atencion medica este protegida para la privacidad. La regla de privacidad tambien se cre6 para proporcionar un estandar para que ciertos proveedores de atencion medica obtengan el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de su informaci6n medica protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atenci6n medica. Como paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros medicos personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger su privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Con el fin de brindar atencion medica que sea lo mejor para usted, podemos proporcionar, cuando corresponda y/o sea necesario, la informaci6n minima necesaria solo a aquellos que creemos que necesitan su informaci6n de atencion medica con respecto al tratamiento, el pago y las operaciones de atenci6n medica.

Es posible que tengamos relaciones de tratamiento indirecto con otros (como laboratorios que solo interactuan con medicos y no con pacientes) y es posible que tengamos que divulgar informaci6n medica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atenci6n medica. Cuando se divulga informaci6n de salud protegida a estas entidades, en la mayoria de los casos no se requiere obtener el consentimiento del paciente.

Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o la divulgacion de su informaci6n medica protegida, pero debe enviarlo por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento. Segun esta ley, tenemos el derecho de negarnos a tratarlo si decide negarse a divulgar su informaci6n de salud protegida. Si elige dar su consentimiento en este documento, en algun momento futuro puede solicitar revocar el consentimiento para la divulgaci6n de toda o parte de su PHI. Sin embargo, no puede revocar las acciones que ya se han tomado y que se basaron en este o en un consentimiento firmado previamente.

Si tiene alguna objecci6n o pregunta con respecto a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA. Tambien queremos que sepa que apoyamos su acceso completo a sus registros medicos personales. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito despues de haber revisado nuestro Aviso de privacidad.