



## Aviso de Prácticas de Privacidad

### Tu información. Tus derechos. Nuestras Responsabilidades

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. **Por favor revíselo cuidadosamente.** Este Aviso no se aplica a la información de donación de sangre ni a la información de identificación personal (PII) el cual no esté sujeto a HIPAA, pero que esté protegida por otras leyes.

#### Tus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### **Obtenga una copia electrónica o en papel de su registro médico.**

- Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o copia en papel de su registro médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

#### **Pídanos que corriamos su historial médico.**

- Puede pedirnos que corriamos su información de salud que usted considere que sea incorrecto o incompleto. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días

#### **Solicite comunicaciones confidenciales.**

- Puede solicitarnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono del hogar o de la oficina) o que enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

#### **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos.**

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud por tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su cuidado.
- Si paga en su totalidad por un servicio o artículo de atención médica, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito del pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos requiera compartir esa información.

#### **Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.**

- Puede solicitar una lista (desglosado) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicite, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe anual gratis, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses

#### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad.**

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

#### **Elige a alguien para que actúe por ti.**

- Si le ha otorgado el poder médico a alguien o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
  - Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.



### **Presente una queja si siente que se han violado sus derechos**

- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
- Si tiene preguntas y desea información adicional, también puede comunicarse con nuestro funcionario de privacidad al 602-414-3819.

### **Tus opciones**

**Para cierta información de salud, puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, háganos saber. En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de alivio de desastres

*Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé un permiso por escrito.

- Propósitos de marketing

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos contactarlo para esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos de nuevo

### **Nuestros usos y divulgaciones**

#### **¿Cómo usamos típicamente o compartimos su información de salud?**

Usualmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

#### **Tratarle**

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

#### **Operar nuestra organización**

Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

*Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.*

#### **Factura por sus servicios**

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: Brindamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague sus servicios.*

#### **¿De qué otro modo podemos usar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o se requiere que compartamos su información de otras maneras-- generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública e investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

#### **Ayuda con problemas de salud y seguridad pública**

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones tales como:

- Prevenir la enfermedad
- Ayudando con las retiradas de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona



### **Hacer investigación**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud bajo circunstancias limitadas.

### **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.

### **Trabaja con un médico forense o director de funeraria**

Podemos compartir información de salud con un forense, examinador médico o director de funeraria cuando una persona muere.

### **Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno.**

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales tales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

### **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información confidencial de salud.
- Le avisaremos con prontitud si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios a los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

**Fecha Efectiva:** \_\_\_\_\_

**Reconocimiento:** He recibido una copia de este Aviso.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma y Fecha