



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

*AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVIÉSELO CUIDADOSAMENTE.*

Este Aviso de Prácticas 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 de salud protegida. La "información de salud protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

### **USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA 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.

Su información médica protegida puede estar sujeta a divulgación electrónica. Obtendremos su autorización para autorizar cualquier divulgación electrónica que no sea para fines de tratamiento, pago u operación de atención médica.

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida 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, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico a quien usted haya sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

**Pago:** Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos completar un formulario de reclamación para obtener el pago de su seguro. El formulario contendrá la información médica que su seguro necesita para aprobar el pago por nosotros u obtener la aprobación de un procedimiento puede requerir que su información médica protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación o el pago de ese procedimiento específico.

**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, evaluación de calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, otorgamiento de licencias y realización o arreglo de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida 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 información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita e informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen, según lo requiera la ley, problemas de salud pública según lo requiera la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de administración de alimentos y medicamentos, procedimientos legales, aplicación de la ley, médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos, investigación, actividad delictiva, actividad militar y seguridad nacional, compensación de trabajadores, reclusos y otros usos y divulgaciones requeridos. Según la ley, debemos hacerle divulgaciones cuando lo solicite. Según la ley, también debemos divulgar su información médica protegida cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Podemos divulgar información de salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra empresa para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y cumplir con los mismos estándares de privacidad de HIPAA que se describen en este Aviso de prácticas de privacidad.

**Otros usos y divulgaciones permitidos que requieren su autorización por escrito:** a menos que se indique anteriormente, todos los demás usos y divulgaciones permitidos de su información médica protegida se realizarán solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo exija la ley. Esto incluye usos y divulgaciones con fines de mercadeo, divulgaciones que constituyen una venta de su información médica protegida.

Puede revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o el consultorio del médico haya tomado una medida basada en el uso o la divulgación indicados en la autorización.

### **SUS DERECHOS**

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

**Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida (se pueden aplicar tarifas):** de conformidad con su solicitud por escrito, tiene derecho a inspeccionar o copiar su información de salud protegida. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: Notas de psicoterapia, información recopilada con anticipación razonable o utilizada en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, información de salud protegida restringida por la ley, información que está relacionada con investigaciones médicas en las que ha aceptado participar, información cuya divulgación puede resultar en daño o perjuicio para usted o para otra persona, o información que se obtuvo bajo una promesa de confidencialidad.

**Tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida:** esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida y, por ley, debemos cumplir cuando la información médica protegida se refiera únicamente a un artículo de atención médica o servicio por el cual el proveedor de atención médica involucrado ha sido pagado de su bolsillo en su totalidad. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Por ley, no puede solicitar que restrinjamos la divulgación de su PHI para fines de tratamiento.

**Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitarnos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación 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, electrónicamente.

**Tiene derecho a solicitar una modificación de su información médica protegida.** Si denegamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo y podemos preparar una refutación de su declaración y le proporcionaremos una copia de tal refutación.

**Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones:** tiene derecho a recibir un informe de todas las divulgaciones, excepto las divulgaciones: de conformidad con una autorización, con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerido por la ley, que ocurrió antes del 14 de abril de 2003, o seis años antes de la fecha de esta solicitud. Su primer informe de divulgaciones (dentro de un período de 12 meses) será gratuito. Para solicitudes adicionales dentro de ese período, se nos permite cobrar el costo de proporcionar la lista. Si hay un cargo, se lo notificaremos y puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en costos.

**Tiene derecho a recibir una notificación de incumplimiento** - Le notificaremos si se ha violado su información de salud protegida no segura.

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos dichos cambios en la siguiente cita. También pondremos a su disposición copias de nuestro nuevo aviso si desea obtener una.

La ley de Texas requiere que estemos listos para proporcionar copias o una descripción dentro de los 15 días posteriores a su solicitud. Le informaremos si el acceso debe ser limitado. Si denegamos el acceso, le informaremos por escrito.

### **ENMIENDA DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Puede solicitar una modificación de su información médica en el conjunto de registros designado. Cualquier solicitud de este tipo debe hacerse por escrito. Responderemos dentro de los 60 días de su solicitud. Podemos negarnos a permitir una enmienda si la información no fue creada por la práctica o los médicos aquí en esta práctica, no es parte del conjunto de registros designado, no está disponible para inspección debido a una denegación apropiada, o si la información es precisa y completa. Aunque nos neguemos a permitir una enmienda, usted se les permite incluir una declaración del paciente sobre la información en cuestión en su expediente médico. Si nos negamos a permitir una modificación, le informaremos por escrito. Si aprobamos la enmienda, le informaremos por escrito, permitiremos que se realice la enmienda y le informaremos a los demás que ahora tenemos la información correcta.

### **QUEJAS**

Puede presentar una queja ante nosotros o 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, o llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) 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.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor. Si tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal (832) 850-6083.

**Podemos cambiar nuestras políticas y este aviso en cualquier momento y hacer que esas políticas revisadas se apliquen a toda la información de salud protegida que mantenemos. Si cambiamos nuestro aviso o cuando lo hagamos, publicaremos el nuevo aviso en la oficina donde se pueda ver.**