



## HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ELLA POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE**

Este aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atención médica y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe su derecho de tener acceso y controlar su información médica protegida acerca de usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, el presente o el futuro los servicios de salud física, mental o condición y cuidado de la salud relacionada.

#### Cómo una agencia usa y divulga información sobre la salud que lo identifica a usted

**Tratamiento:** Vamos a utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveer, coordinar, o manejar su cuidado de la salud y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación y la gestión de su atención médica con el tercero. Por ejemplo podríamos revelar su información de salud protegida, según sea necesario, a la agencia de salud en el hogar que brinda atención a usted. Por ejemplo, su información de salud, según sea necesario puede proporcionar a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

**Pagos :** Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, para obtener la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información protegida de salud sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

**Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, evaluación de calidad de otras actividades empresariales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a 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 indicar a su médico, nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, ponerse en contacto con usted para recordarle su cita.

Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones incluyen: como Requerido por la Ley: problemas de salud pública como lo requiere la ley, las enfermedades transmisibles, la vigilancia de la Salud, abuso o negligencia, requisitos de la FDA, los procedimientos judiciales, Aplicación de la ley, los jueces de instrucción, Funeral Administración, y o la donación de órganos; Investigación: Actividad Criminal, Actividad Militar y Seguridad Nacional, Compensación de Trabajadores, reclusos, usos y divulgaciones requeridas. Según la Ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la Sección 164.500

Otros usos y divulgaciones permitidos se harán sólo con su consentimiento, autorización o una oportunidad para objetar menos que sea requerido por la ley. Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o divulgación indicada en la autorización.

**Sus derechos:**

El siguiente es un extracto de bancaria de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.** Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros; notas de psicoterapia; información compilada en anticipación razonable, o el uso en, una acción civil, penal o administrativa o procedimiento, y la información de salud protegida que está sujeto a la ley y prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

**Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida.** Esto significa que usted puede pedirnos no usar o divulgar cualquier parte de su información protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no será compartida con familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción se le aplique.

**Initials\_\_\_\_\_** Yo doy mi permiso y mi consentimiento a Cornerstone OBGyn y su personal para dejar mensajes telefónicos con respecto a los detalles de cualquier cirugía, cita, procedimiento en el consultorio o resultados perteneciendo a mi atención médica en el siguiente número (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_. Entiendo perfectamente que este consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea revocado por escrito.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted puede solicitar. Si el médico cree está en su mejor interés de permitir el uso y divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no será restringida. A continuación, tiene el derecho a utilizar otro profesional de la salud.

**Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros,** previa solicitud, incluso si usted ha acordado aceptar este aviso como alternativa, es decir electrónicamente.

**Usted puede tener el derecho a que su médico modifique su información de salud protegida:** Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

**Usted puede tener el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, en su caso, de su información de salud protegida:**

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y se le informará por correo de cualquier cambio. A continuación, tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

**Cualquier cambio en la dirección, teléfono o correo electrónico es la responsabilidad del paciente**

**Quejas:**

Usted puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos o con nosotros si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a su contacto de privacidad de su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

Su firma es un reconocimiento del tha ha recibido este aviso de nuestras prácticas de privacidad

Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_ Firma del Paciente\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_