

# Nota de HIPAA Practicas de Privacidad

## **WOMENS HEALTH SPECIALISTS OF PASADENA**

3333 Burke Road | Pasadena, TX 77504 Phone: (713) 378-6494 | Fax: (713) 378-6495

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y el control de su información de salud protegida. "Información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, eso lo puede identificar y que se relaciona con su salud física o mental pasado, presente o futuro o condición y servicios relacionados con el cuidado de la salud.

### **1. Usos y Revelaciones de Información Protegida de Salud**

#### **Usos y Revelaciones de Información Protegida de Salud**

Su información de salud protegida puede ser usada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento para el propósito de proveer servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas de cuidado de salud, para apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley

**Tratamiento:** We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or administer your medical care and other related services. This includes the coordination or management of your medical care with a third party. For example, we may disclose your protected health information, as necessary, to a health care provider in your home that provides care to you. For example, your protected health information may be disclosed to a doctor to whom you have been referred to ensure that the doctor has the necessary information to diagnose or treat you.

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

**Operaciones de la salud:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, las actividades de evaluación de calidad, las actividades

del empleado, la formación de los estudiantes de medicina, licenciatura, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a estudiantes de medicina que SE pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hoja en la mesa 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 usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, en contacto con usted para recordarle de su cita.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Pública publica como requerido por la ley, Enfermedades Transmisibles de Supervisión de Salud: Aplicación de la ley:: Abuso o Descuido: Alimento y requisitos Administración Droga: Procedimientos Legales Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos: Investigación: Acción criminal Actividad: Actividad Militar y Seguridad Nacional: Trabajadores 'Compensación: Presos: Usos y revelaciones necesarios: 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 nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

**Otros permitidos y requeridos Usos y Revelaciones.** Se Harán Sólo Con Su Consentimiento, Autorización u Oportunidad de Oponerse a menos que sea requerido por la ley.

**Usted puede revocar esta autorización** en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción basada en el uso o la revelación indicados en la autorización.

### **Sus derechos**

La siguiente es una declaración 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 de, o uso en, una acción civil, penal o administrativa o procedimiento, y la información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

**Usted tiene el derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida.** Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información protegida de salud sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en esta restricción  
NoticeofPrivacyPractices.Yourrequestmuststatethespecificrestrictionrequestedandtowhomyouwantth  
e de aplicar.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted solicite. Si el médico cree que está en su mejor interés de permitir el uso y la 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 el derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros** previa solicitud, incluso si se han puesto de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

**Usted puede tener el derecho a que su médico enmiende 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 proveeremos con una copia de dicha refutación.

**Usted tiene 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 a modificar los términos de este aviso y le informará por correo de cualquier cambio. A continuación, tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

### **Quejas**

You may complain to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You can present a complaint to us by notifying our privacy contact. **Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Este aviso fue publicado y entra en vigencia a más tardar el **14 de abril, 20. 03**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas con 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 en nuestro Número Principal de Teléfono. La firma debajo de es sólo reconocimiento que usted ha recibido este aviso de nuestras prácticas de privacidad:

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_