

# Aviso de prácticas de privacidad

## Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

---

- **Obtener una copia impresa o electrónica de su historia clínica:**
  - Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable en función del costo.
- **Puede pedirnos que corrijamos su historia clínica:**
  - Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - Es posible que respondamos con “no” a su solicitud, pero le indicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- **Solicitar la confidencialidad de la comunicación:**
  - Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de cualquier manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
  - Responderemos con “sí” a todas las solicitudes razonables.
- **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos:**
  - Puede pedirnos que **no** usemos ni compartamos cierta información médica para fines de tratamiento, pago o para otras operaciones.
    - No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si esto pudiese afectar su atención.
  - Si paga por el servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o para nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
    - Diremos que “sí”, a menos que una ley nos exija compartir esa información.

## Sus derechos (continuación)

- **Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información:**
  - Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que se solicita, con quién la compartimos y por qué.
  - Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (por ejemplo, las solicitadas por usted). Le proporcionaremos una lista al año de forma gratuita, pero si solicita otra lista en un plazo de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable en función del costo.
  
- **Obtener una copia de este aviso de privacidad:**
  - Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.
  
- **Elegir a alguien para que lo represente:**
  - Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su salud.
  - Antes de tomar medidas, nos aseguraremos de que la persona tenga autoridad y pueda actuar en su nombre.
  
- **Presente una queja si cree que sus derechos:**
  - Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos, comunicándose con nosotros con la información que se encuentra en la última página.
  - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) por carta a 200 Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775, o en línea en [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
  - No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

## Sus opciones

Para cierta información médica, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre la forma en que compartimos su información en la situación que se describe a continuación, indíquenos cuál es. Díganos qué quiere que hagamos. Y seguiremos sus instrucciones.

---

- **En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:**
  - Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas relacionadas con su cuidado.
  - Compartamos información en una situación de asistencia en casos de desastre.
  - Si usted es un paciente en un directorio de hospitales.

*Si no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

- **En estos casos, *nunca* compartiremos su información, a menos que nos dé permiso por escrito:**
  - Con fines de marketing
  - Venta de su información
  - La mayoría de las notas de psicoterapia compartidas.
- **En el caso de recaudación de fondos:**
  - Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos. Pero puede pedirnos que no volvamos a comunicarnos con usted.

## Nuestros usos y divulgaciones

[¿Cómo solemos usar o compartir su información médica?](#)

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las maneras que se describen a continuación.

---

- **Para brindarle tratamiento médico:**
    - Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.
      - *Ejemplo: un proveedor que lo trata por una lesión le pregunta a otro proveedor sobre su estado de salud general.*
  
  - **Para dirigir nuestra organización:**
    - Podemos usar y compartir su información médica para dirigir nuestro centro, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
      - *Ejemplo: usamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.*
  
  - **Para facturar sus servicios:**
    - Podemos usar su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.
      - *Ejemplo: facilitamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*
- 

### ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

**Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, por lo general, de forma que contribuya al bien público, por ejemplo, a la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información con 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)

- **Para ayudar con cuestiones de salud y seguridad públicas:**
  - Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones, tales como:
    - Prevenir la propagación de enfermedades contagiosas
    - Ayudar con el retiro de productos
    - Notificar sobre reacciones adversas a los medicamentos
    - Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
    - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
  
- **Para llevar a cabo investigaciones:**
  - Podemos usar o compartir su información para la investigación médica. Si ha dado su consentimiento para la investigación.

- **Para cumplir la ley:**
  - Compartiremos información sobre usted si la ley estatal o federal lo requiere, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos, a fin de garantizar que cumplimos con la ley federal de privacidad.
- **Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos:**
  - Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos, si usted es un donante de órganos.
- **Para colaborar con médicos forenses o directores de funerarias:**
- Podemos compartir información médica con un médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.
- **Para responder a solicitudes de indemnización por accidentes de trabajo, de las fuerzas de seguridad o de otros organismos públicos:**
  - Podemos usar o compartir su información médica:
    - Para reclamos de indemnización por accidentes de trabajo.
    - Para fines de aplicación de la ley o con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.
    - Con las agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por la ley.
    - Para funciones gubernamentales especiales, como servicio militar, seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

- 
- **Responder a demandas y acciones legales:**
    - Podemos compartir información médica específica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación de conformidad con la ley.

- **Tenga en cuenta lo siguiente:**
- Según lo exija la ley, usaremos y divulgaremos la información médica, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requisitos pertinentes de la ley.
- A excepción de lo descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad, este consultorio médico, de acuerdo con sus obligaciones legales, no utilizará ni divulgará información médica que lo identifique sin su autorización por escrito. Si usted autoriza a este consultorio médico a utilizar o divulgar su información médica para otros fines, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.
- Cuando la ley nos exija denunciar abuso, negligencia o violencia doméstica, o responder a procedimientos judiciales o administrativos, o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, cumpliremos con el requisito que se establece a continuación respecto a esas actividades.
- En caso de una violación de su información médica protegida no segura, le notificaremos según lo exigido por la ley.

## Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si lo hace, 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 en los términos de este Aviso

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

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

*Tenga en cuenta: Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para operar este consultorio médico, mejorar la calidad de la atención, las revisiones médicas, los servicios legales y las auditorías, incluida la detección de fraudes y abusos, los programas de cumplimiento, la planificación y la gestión comercial. También podemos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información y planes de salud que participan con nosotros en “Acuerdos de atención médica organizada”, (Organized Health Care Arrangement, OHCA). Consulte con el Oficial de Privacidad para acceder a una lista de los OHCA en los que participamos. También proporcionamos un portal para pacientes y, tras su aprobación, parte de su información médica.*

*Las quejas sobre este Aviso de prácticas de privacidad, o cómo este consultorio médico maneja su información médica, deben dirigirse a nuestro Oficial de Privacidad de la HIPAA al (505) 955-9454.*

---

## **Aviso de prácticas de privacidad**

### **Acuse de recibo**

Nos comprometemos a proteger su privacidad y a garantizar que su información médica se utilice y divulgue de manera adecuada. Este Aviso de prácticas de privacidad identifica todos los posibles usos y divulgaciones de su información médica por parte de nuestro consultorio y describe sus derechos con respecto a su información médica. Acuse recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del padre, madre o tutor legal:

---

Firma del paciente o del tutor:

---

Fecha de nacimiento del/la paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del/la paciente: \_\_\_\_\_