[Nombre de la Práctica Médica]

Notificación de Prácticas de Privacidad

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE SU SALUD PUEDE USARSE Y DIVULGARSE. ESTA NOTIFICACIÓN TAMBIÉN DESCRIBE CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

**Acerca de la presente notificación**

La ley requiere que mantengamos la privacidad de la Información de Salud Protegida y a darle la presente Notificación para explicarle nuestras prácticas privadas con respecto a dicha información. Usted tiene ciertos derechos – y nosotros tenemos ciertas obligaciones – con respecto a la privacidad de su Información de Salud Protegida. Esta Notificación explica sus derechos y nuestras obligaciones. La ley requiere que acatemos los términos de la versión actual de la presente Notificación.

**¿Qué es la Información de Salud Protegida?**

“Información de Salud Protegida” es la información que le identifica individualmente y que nosotros generamos u obtenemos de usted o de otro proveedor de cuidados médicos, plan de salud, su empleador o un centro de salud y que dicha información se encuentra relacionada (1) con su pasado, presente o su salud o condiciones físicas o mentales, (2) la prestación de servicios médicos a usted o (3) los pagos en el pasado, presente y futuro por concepto de servicios médicos prestados.

**Cómo podemos usar y divulgar su Información de Salud Protegida**

Mantenemos y compartimos archivos de salud y financieros acerca de usted ya sean electrónicos o en papel. Usamos dicha información y la diseminamos a otros de acuerdo con los objetivos siguientes:

*Tratamiento*. Usamos su información de salud para proveerle de atención médica y para coordinar su cuidado médico junto con otros proveedores y la enviamos a otros proveedores de salud electrónicamente para hacer posible que le brinden servicios médicos que usted necesita. Por ejemplo, cuando le referimos o enviamos a algún especialista médico podemos enviar toda su información o sólo parte de sus archivos médicos al o la especialista para que le asistan o la evalúen y lo o la atiendan. Si su proveedor es miembro del Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange) sus archivos serán puestos a disposición de otros proveedores que participan en el Intercambio.

*Pagos.* Usamos y revelamos su información de salud para obtener los pagos por los servicios médicos que le proveemos, los cuales incluyen el determinar su elegibilidad para beneficios o prestaciones. Por ejemplo, podríamos enviar a su seguro de salud un reclamo que contiene información acerca de los servicios que le hemos proveído o podemos enviar una factura a un familiar suyo responsable por pagar los gastos de su salud.

*Operaciones de servicios médicos.* Usamos y divulgamos su información médica cuando es necesario para poder operar nuestra práctica médica. Por ejemplo, usamos la información de reclamos de nuestros pacientes para actividades financieras de contabilidad y para revisar sus archivos de salud para garantizar una alta calidad.

También revelamos la información médica a nuestros Socios de Negocios los cuales nos ayudan a proveer servicios. Primeramente obtenemos un acuerdo de confidencialidad de su parte antes de proporcionarles cualquier información por concepto de pagos u operaciones. Por ejemplo las compañías que proveen o mantienen nuestros sistemas de computación podrían tener acceso a nuestro información de salud computarizada en el curso de proveernos de servicios.

*Nuestra comunicación con usted*. Podríamos ponernos en contacto con usted para hacerle recordatorios sobre sus citas médicas o para darle información sobre sus opciones de tratamientos que tenemos a su disposición. También podríamos comunicarnos con usted para darle información sobre servicios referentes a su salud que pudieran interesarle.

*Otras personas que participan en brindarle servicios médicos.* A no ser que no se encuentre de acuerdo, podríamos revelar su información médica a alguna amistad o pariente, alguien que se encuentre al cuidado de su salud. Siempre en la medida que creamos que sea necesaria su participación.

*Otras revelaciones o divulgaciones de información*. Podríamos revelar su información médica sin su autorización a las agencias gubernamentales, individuos y organizaciones en una diversidad de circunstancias en las que se nos requiere o estamos obligados por las leyes. A continuación tenemos las distintas formas en las que revelamos la información que requiere la ley o las que nos son permitidas sin su autorización:

* Las revelaciones requeridas por las leyes estatales o federales.
* Las revelaciones a las autoridades de salud pública u otras personas relacionadas con las actividades de salud pública.
* Podríamos revelar la Información de Salud Protegida a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o de violencia doméstica y si él o la paciente se encuentra de acuerdo o si se nos es requerido o autorizado por la ley el hacer una revelación.
* Revelaciones a agencias responsables de supervisar el sistema de salud, para auditorías, inspecciones e investigaciones.
* Revelaciones por procedimientos judiciales y administrativos tales como demandas.
* Revelaciones a agencias policiales.
* Revelaciones a médicos forenses y a examinadores.
* Revelaciones a agencias de adquisición de órganos, si usted es un donador de órganos o un posible donador de órganos.
* Revelaciones a investigadores que conducen una investigación bajo los auspicios de un Consejo de Revisión Institucional o consejo privado.
* Revelaciones para evitar una seria amenaza a la salud o a la seguridad.
* Si usted es miembro de las fuerzas armadas o un veterano de guerra, podríamos revelar información a la autoridad militar o a la administración de veteranos para asistir en la determinación de su elegibilidad para revelaciones de beneficios de veteranos para asistir a los funcionarios federales autorizados en actividades de seguridad nacional o para la provisión de servicios de protección a funcionarios.
* Si usted es un recluso o reclusa de una institución correccional o bajo custodia de un funcionario representante de la ley, podríamos revelar información de salud de usted a la institución oficial.
* Revelaciones a otras agencias administrativas de programas de salud gubernamentales, según lo autorizado o requerido por las leyes.
* Revelaciones para cumplir con las leyes de compensación a trabajadores.
* Podríamos usar o revelar su Información de Salud Protegida para servir a las notificaciones legalmente requeridas de acceso autorizado o revelaciones de su información de salud.
* Revelaciones a organizaciones de auxilio ante desastres que necesitan su Información de Salud Protegida para coordinar su servicio médico o para notificar a familiares y amigos sobre su localización o estado de salud en caso de un desastre. Le daremos una oportunidad para estar de acuerdo o para negarse a revelar dicha información cuando nos sea prácticamente posible.
* Podríamos usar o revelar su Información de Salud Protegida cuando sea necesario en el caso de actividades de recaudación de fondos. Usted podría tener la opción de negarse a recibir dicha información.

*Limitaciones*. En algunos casos, su información médica podría estar sujeta a restricciones que pudieran limitar o excluir algunos usos descritos anteriormente. Por ejemplo, programas de beneficio a la salud podrían limitar las revelaciones de información médica para propósitos que no se encuentran relacionados con el programa. Además, existen restricciones en las revelaciones de información médica relacionada con el status de SIDA/VIH, tratamientos de salud mental, discapacidades de desarrollo y tratamientos por concepto de drogadicción o abuso de drogas. Cumplimos con dichas restricciones durante el uso de su información de salud.

*Autorización*. A excepción de lo descrito anteriormente, no permitiremos otros usos y revelaciones de su información médica sin su autorización por escrito, usted podría revocar en el momento que lo desee y de la manera descrita a través de la forma de autorización.

**Sus derechos con respecto a su Información de Salud Protegida**

Usted tiene los derechos siguientes, sujetos a ciertas limitaciones, con respecto a su Información de Salud Protegida:

* Usted tiene derecho a pedirnos que restrinjamos ciertos usos y revelaciones sobre su información de salud. Sin embargo, no estamos obligados a estar de acuerdo con cualquier restricción requerida por nuestros pacientes.
* Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte. Por ejemplo, el pedirnos que nos comuniquemos con usted a través de cierto número telefónico, apartado postal o dirección.
* Usted tiene el derecho a inspeccionar y recibir copias de ciertos archivos que nosotros guardamos. Estos incluyen nuestros archivos médicos y facturización concernientes a usted. Bajo ciertas circunstancias, podríamos negar sus requerimientos. Si negamos su requerimiento, le diremos la razón de nuestra negativa por escrito. Usted tiene el derecho a apelar nuestra negativa.
* Si usted cree que la información en nuestros archivos es incorrecta, usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de nuestros archivos. Podríamos negarle su petición en ciertas circunstancias. Si se le niega su petición, usted tiene derecho a entregarnos su declaración para incluirla en su archivo.
* Usted tiene el derecho a recibir un reporte de nuestras revelaciones no rutinarias que pudieran hacerse de su información de salud durante seis años de anterioridad a su requisición. Existen algunas excepciones: por ejemplo, no se mantienen registros de sus revelaciones hechas con su autorización; las revelaciones hechas con el propósito de tratamiento, la obtención de pagos por servicios de salud o en la operación de nuestra práctica médica; las revelaciones hechas a usted; y otras revelaciones posibles.
* Usted tiene el derecho a solicitar una copia de sus archivos le sea proporcionada o que se envíe a cualquier otra persona o entidad de cualquier archivo que nosotros mantengamos en formato electrónico. Haremos todo lo posible para proveerle de acceso a su Información de Salud Protegida en la forma o formato que usted requiera, si es posible reproducirlos en tal forma o formato. Si su Información de Salud Protegida no es posible reproducirla en cierta forma o formato que usted requiera, su archivo le será proveído en nuestro formato electrónico estándar o, si usted no quiere esta forma o formato, se le proveerá con una copia legible*.* Podríamos cobrarle o hacerle un recargo razonable y al costo del trabajo requerido con el envío de su archivo médico (copia electrónica o copia en papel).
* Usted tiene el derecho a que se le notifique cuando exista alguna violación o infracción de cualquiera de la Información de Salud Protegida que se encuentra insegura.
* Si usted pagó de su propio bolsillo (en otras palabras, si usted nos ha pedido que no facturemos a su plan de salud) en su totalidad por servicio específico, usted tiene el derecho de pedir su Información de Salud Protegida con respecto a ese servicio que no sea revelada a su plan de salud por el propósito de pagar o por operaciones de cuidado de la salud y nosotros cumpliremos con dicha petición.
* Si usted ha recibido esta notificación en forma electrónica, usted tiene derecho a solicitar de nosotros una copia en papel en cualquier momento.
* Usted tiene el derecho a negarse a participar en el Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange).  Su médico puede proveerle de mayores informes o visite la página [www.santacruzhie.org](http://www.santacruzhie.org).

La anterior es una declaración general de sus derechos. Estos están sujetos a todas las limitaciones permitidas o requeridas por la ley.

**¿Cómo puedo ejercer estos derechos?** Usted puede ejercer estos derechos al enviarnos una petición por escrito a nuestro Representante de Privacidad a la dirección a continuación. Le recomendamos que llame a nuestra oficina y hable con nosotros sobre cualquier duda o preocupaciones que pudiese tener. [Contact Name in your practice] [Practice Name] [Address] [City, State, Zip] [Practice Phone]

***Para hacer una queja con el secretario, enviarla a: Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201. Llamar al (202) 619-0257 (o gratuitamente al (877) 696-6775) o visite la página de la Oficina de Derechos Civiles, www.hhs.gov/ocr/hipaa/, para mayores informes. No habrá ninguna represalia contra usted por presentar o registrar queja alguna.***

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

[nombre de la prÁCTICA Médica]

FIRMA

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a.m./p.m.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Paciente/ Representante/ Cónyuge/ Persona con la responsabilidad financiera)*

Si la firma es de alguien que no sea él o la paciente, favor de declarar su relación con él o la paciente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_