

# HIPAA Omnibus

## Aviso de Prácticas de Privacidad

---

(Nombre)

(dirección del trabajo)

(número telefónico)

**Éste aviso describe cómo la información médica relevante a su persona puede ser utilizada y compartida, y cómo usted mismo puede obtener acceso a la misma. Por favor lea cuidadosamente.**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad NO constituye una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros Asociados Comerciales y sus subcontratistas pueden utilizar y compartir su PHI (Información Médica Protegida) para proceder con su tratamiento, pago o TPO (Funciones de Atención Médica) y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos al acceso y control de los datos de su información médica protegida. La “Información médica protegida” es información acerca de usted, incluyendo información demográfica que pueda identificarle y que sea relevante a su condición mental o física pasada, presente o futura y que esté relacionada con los servicios del cuidado de la salud.

### Sus Derechos

**Cuando se trata de la información de su salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### **Obtenga una copia electrónica o impresa de su record médico**

- Usted puede pedir una copia o ver su record médico y cualquier otra información respecto a su salud que esté en nuestro poder. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica usualmente a los 30 días de que usted la solicite. Puede que éste servicio tenga un cargo razonable, basado en el costo.

#### **Solicítenos cualquier corrección necesaria a su record médico**

- Usted puede solicitarnos que corrijamos la información médica que usted considere que esté incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podremos responder negativamente a su solicitud, pero le ofreceremos una explicación del por qué por escrito y dentro de un período de 60 días.

#### **Solicite comunicaciones confidenciales**

- Usted puede solicitarnos que le contactemos de determinada manera (por ejemplo, a través del teléfono de su casa o el de su oficina) o que le enviemos correos electrónicos a una dirección alterna.
- Responderemos afirmativamente a las solicitudes razonables.

### **Solicítenos que limitemos la información médica que utilizamos o compartimos**

- Usted puede solicitarnos que no utilicemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras propias operaciones. No estamos requeridos a acceder a su solicitud, y podremos responder negativamente si dicha solicitud interfiere con su cuidado.
- Si usted paga por un servicio médico o algún otro evento con dinero de su bolsillo, usted puede solicitarnos que no compartamos ésta información debido a propósitos de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora. Responderemos afirmativamente, a menos que alguna ley nos requiera compartir dicha información.

### **Obtenga una lista de aquellos con quienes hayamos compartido información**

- Usted puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica a partir de seis años antes de la fecha de la solicitud, detallando qué compartimos y por qué.
- Incluiremos toda la información compartida, con excepción de aquella relacionada a su tratamiento, pago y operaciones de atención médica y algunas otras divulgaciones (como aquellas que usted mismo nos haya solicitado). Nosotros le proporcionaremos los registros de un año gratis, pero se le cobrará una cuota razonable, basada en los costos, si pide otra en un plazo menor a 12 meses.

### **Obtenga una copia de éste Aviso de Privacidad**

Puede pedir una copia en papel (impresa) de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha accedido a recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

### **Elija a alguien para que actúe por usted**

- Si le ha dado a alguien poder médico de abogado o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nosotros nos aseguraremos de que la persona tenga ésta autoridad y pueda actuar para usted antes de tomar cualquier acción.

### **Presente una queja si considera que sus derechos han sido violados**

Usted puede presentar una queja a la oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para los Derechos Civiles enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

- **Quejas**

Usted puede presentar una queja con nosotros o a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificándole a nuestro de Oficial de Conformidad (Compliance Officer) sobre la misma. **No tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja.**

---

Oficial de Conformidad  
(HIPAA Compliance Officer)

teléfono

correo electrónico

## Sus Preferencias

**Concerniendo cierta información médica, usted puede decirnos sus preferencias acerca de lo que compartimos.** Si usted tiene una clara preferencia sobre cómo deberíamos compartir su información respecto a las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere hacer, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción para decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos, u otros involucrados en su cuidado
- Compartamos información en una situación de desastre
- Que incluyamos su información en un directorio del hospital

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

En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de mercadotecnia o comercialización
- Venta de su información
- Intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Podremos contactarlo para recaudación de fondos, pero usted puede solicitarnos que no nos comuniquemos con usted otra vez.

## Otros Usos o Divulgaciones

### ¿Cómo utilizamos o compartimos regularmente su información médica?

Regularmente utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

#### Para tratarle

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que estén tratándole.

*Por Ejemplo: Un médico que está tratándole por una lesión le pide información a otro médico sobre su estado de salud general.*

#### Para nuestros propios records

Podemos utilizar y compartir su información médica para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para manejar su tratamiento y sus servicios.*

#### Para facturarle los servicios

Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y cobrarle a las aseguradoras o a otras entidades.

*Ejemplo: Damos información a su aseguradora para que procese los pagos por sus servicios.*

### ¿De qué otra manera utilizamos o compartimos su información médica?

Se nos permite o estamos requeridos a compartir su información de otras maneras – generalmente en formas que contribuyen al bien común, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones impuestas por la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos.

#### Para ayudar en situaciones de riesgo de salud y seguridad pública

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar a retirar productos farmacológicos peligrosos
- Reportar reacciones adversas a ciertos medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza de salud seria contra cualquier persona o su seguridad

#### Para realizar investigaciones

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones médicas.

## **Para el cumplimiento de la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si ellos desean comprobar que nosotros estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

## **Para responder solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información médica sobre usted con las organizaciones de adquisición de órganos.

## **Para trabajar con un director fúnebre o médico forense**

Podemos compartir información médica con un forense o con el director de una funeraria cuando un individuo fallece.

## **Para responder las solicitudes de compensación, cumplimiento de la ley o demás requisitos gubernamentales**

Podemos utilizar o compartir información sobre su salud:

- Para las reclamaciones de compensación
- Para fines de cumplimiento de la ley o de un oficial de la ley
- Con los organismos de supervisión de salud autorizados por la ley
- Para funciones especiales del gobierno como los servicios militares, de seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales

## **Para responder contra acciones legales y demandas judiciales**

Podemos compartir información médica sobre usted como respuesta a una orden de la corte, una orden administrativa o como respuesta a una citación.

## **Nuestras Responsabilidades**

- No utilizaremos o compartiremos su información de otra forma que no sea la que se describe aquí, a menos que usted nos lo haya permitido por escrito. Si usted nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión
- Se nos requiere por ley mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le dejaremos saber inmediatamente si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

- Debemos seguir las normas y las prácticas de privacidad descritas en esta notificación y darle una copia de la misma.
- Nunca compartiremos ninguna información sobre el tratamiento de abuso de sustancias sin tener su permiso por escrito.

## **Cambios a los Términos de este Aviso**

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

**Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y brindar a las personas, este aviso de nuestras obligaciones legales y de nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. También estamos obligados a acatar los términos del aviso actualmente en vigor. Si usted tiene cualquier pregunta en referencia a este formulario, por favor pida hablar con el Oficial de Conformidad de la HIPAA (Compliance Officer) en persona o por teléfono, a nuestro número de teléfono principal.**

**Por favor firme el formulario de "Reconocimiento" adjunto. Por favor, tenga en cuenta que al firmar el formulario de reconocimiento está únicamente reconociendo que ha recibido o que se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.**

## **Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**

---

**Nombre del paciente o representante**

**Fecha**