

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Your Information - Your Rights - Our Responsibilities

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. **Please review it carefully.**

LAYERED SUMMARY TEXT

YOUR RIGHTS

You have the right to:

- Get a copy of your paper or electronic medical record
- Correct your paper or electronic medical record
- Request confidential communication
- Ask us to limit the information we share
- Get a list of those with whom we've shared your information
- Get a copy of this privacy notice
- Choose someone to act for you
- File a complaint if you believe your privacy rights have been violated

YOUR CHOICES

You have some choices in the way that we use and share information as we:

- Tell family and friends about your condition
- Provide disaster relief
- Include you in a hospital directory
- Provide mental health care
- Market our services and sell your information
- Raise funds

OUR USES AND DISCLOSURES

We may use and share your information as we:

- Treat you
- Run our organization
- Bill for your services
- Help with public health and safety issues
- Do research
- Comply with the law
- Respond to organ and tissue donation requests
- Work with a medical examiner or funeral director
- Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests
- Respond to lawsuits and legal actions

YOUR RIGHTS

When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

Get an electronic or paper copy of your medical record

- You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this.
- We will provide a copy or a summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.

Ask us to correct your medical record

- You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
- We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.

Request confidential communications

- You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
- We will say “yes” to all reasonable requests.

Ask us to limit what we use or share

- You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.

- If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say “yes” unless a law requires us to share that information.

Get a list of those with whom we’ve shared information

- You can ask for a list (accounting) of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why.
- We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

Get a copy of this privacy notice

You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

Choose someone to act for you

- If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
- We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

File a complaint if you feel your rights are violated

- You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on page 1.
- You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.
- We will not retaliate against you for filing a complaint.

YOUR CHOICES

For certain health information, you can tell us your choices about what we share.

If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

- Share information with your family, close friends, or others involved in your care
- Share information in a disaster relief situation
- Include your information in a hospital directory

If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.

In these cases, we never share your information unless you give us written permission:

- Marketing purposes
- Sale of your information
- Most sharing of psychotherapy notes

In the case of fundraising:

- We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

OUR USES AND DISCLOSURES

How do we typically use or share your health information?

We typically use or share your health information in the following ways.

Treat you

We can use your health information and share it with other professionals who are treating you.

Example: A doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall health condition.

Run our organization

We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary.

Example: We use health information about you to manage your treatment and services.

Bill for your services

We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities.

Example: We give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services.

How else can we use or share your health information?

We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes.

For more information see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Help with public health and safety issues

We can share health information about you for certain situations such as:

- Preventing disease
- Helping with product recalls
- Reporting adverse reactions to medications
- Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
- Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety

Do research

We can use or share your information for health research.

Comply with the law

We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.

Respond to organ and tissue donation requests

We can share health information about you with organ procurement organizations.

Work with a medical examiner or funeral director

We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests

We can use or share health information about you:

- For workers' compensation claims
- For law enforcement purposes or with a law enforcement official
- With health oversight agencies for activities authorized by law
- For special government functions such as military, national security, and presidential protective services

Respond to lawsuits and legal actions

We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

OUR RESPONSIBILITIES

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Changes to the Terms of this Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office, and on our web site.

OTHER INSTRUCTIONS FOR NOTICE

- Insert effective “Date of this Notice”.
- Insert name or title of the privacy official (or other privacy contact) and his/her email address and phone number.
- Insert any special notes that apply to your entity’s practices such as “We never market or sell personal information.”
- The Privacy Rule requires you to describe any state or other laws that require greater limits on disclosures. For example, “We will never share any substance abuse treatment records without your written permission.” Insert this type of information here. If no laws with greater limits apply to your entity, no information needs to be added.
- If your entity provides patients with access to their health information via the Blue Button protocol, you may want to insert a reference to it here.
- If your entity is part of an OHCA (organized health care arrangement) that has agreed to a joint notice, use this space to inform your patients of how you share information within the OHCA (such as for treatment, payment, and operations related to the OHCA). Also, describe the other entities covered by this notice and their service locations. For example, “This notice applies to ABC Hospitals and Emergency Services Incorporated which operate the emergency services within all ABC hospitals in the greater Service area.”

HIPAA Omnibus

Aviso de Prácticas de Privacidad

[ALEJANDRO VERDUGO MD, PA](#)

[9826 SLIDE ROAD UNIT 150](#)

[LUBBOCK, TEXAS 79424](#)

[806-810-3610](#)

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/.

- **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