

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ESTE AVISO**

### NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos requeridos a mantener por ley la privacidad de su información protegida de salud ("PHI") y de proveerle con este Aviso de prácticas de privacidad, el cual describe nuestro deber legal y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Su PHI incluye generalmente todos los registros de cuidado generados en nuestra dependencia y/o en dependencias afiliadas, bien sea por nuestros empleados o por otro proveedor del cuidado de la salud en nuestras dependencias. Cuando usamos o divulgamos su información de salud, nos regimos por los términos de este aviso (u otro Aviso en efecto al momento de su uso o divulgación).

Este Aviso es efectivo a partir del 5 de febrero de 2018, y se mantiene en efecto hasta que lo reemplacemos. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento y de hacer la Noticia actualizada efectiva para toda la PHI que mantenemos, incluyendo la PHI que creamos o recibimos antes de llevar a cabo los cambios. En el caso de un cambio en nuestras prácticas, publicaremos una copia de nuestro Aviso actualizado en nuestras dependencias y en nuestra página Web. Usted puede solicitar por escrito una copia de cualquier Aviso. Para mayor información acerca de este Aviso o para recibir copias adicionales, por favor contáctenos usando la información escrita al final de este Aviso.

### COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Podríamos usar o divulgar su PHI para proveer y coordinar el cuidado de su salud. Adicionalmente, podríamos usar y divulgar su PHI para recibir el pago por nuestros servicios y por las actividades relacionadas con el cuidado de su salud y por otros propósitos permitidos y requeridos por la ley. Su autorización no es requerida cuando usamos o divulgamos su PHI con los siguientes propósitos:

**Tratamiento:** Podríamos usar o divulgar su PHI a los empleados en nuestra oficina, así mismo como a nuestros doctores y otros profesional de la salud dentro de nuestra oficina, los cuales están involucrados con su cuidado de salud y necesitan la información para proveerle con la atención médica/dental relacionada con nuestros servicios. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información en consultas y/o discusiones relacionadas con su cuidado de salud y servicios relacionados con los proveedores de salud a los cuales referimos y recibimos pacientes.

**Pagos:** Podríamos usar y divulgar su PHI para obtener pagos por los servicios que le proveamos. Esta información de salud podría ser divulgada a una compañía de seguros tercero pagador o a otra entidad o persona (o su representativo autorizado) que pueda estar involucrado o es responsable por el pago de su cuenta y pueda incluir copias de los extractos de los registros de salud que sean necesario para obtener el pago de su cuenta. Ejemplo, podríamos darle su información a su proveedor de seguro de salud para que ellos paguen por su tratamiento.

**Actividades del Cuidado de la Salud:** Podríamos usar y divulgar su PHI con relación a nuestras operaciones del cuidado de la salud. Actividades del cuidado de la salud incluyen evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento, revisión de la competencia o calificaciones de profesionales del cuidado de la salud, desempeño de los proveedores y evaluación de los practicantes, programas de entrenamiento, acreditación, certificación, licencias y actividades de credenciales. Por ejemplo, podríamos usar su PHI para evaluar los servicios de nuestro personal.

**Divulgaciones Incidentales:** La atención al paciente se puede llevar a cabo en lugares abiertos. Usaremos los medios necesarios para salvaguardar y mantener la privacidad del paciente en estas áreas, pero aun así es posible que otros puedan incidentalmente escuchar algo de su información durante el tratamiento.

**Recordatorio de Citas y Otros Contactos:** Podríamos divulgar PHI cuando dejemos mensajes de voz telefónicos, y al proveer con recordatorios de citas por medio telefónico, mensajes de texto, postales, cartas y/o otros medios de comunicación.

**Asociados de Negocios:** Podríamos divulgar su PHI con nuestros asociados de negocios, tales como los servicios de cobro o profesionales del cuidado de la salud proveyendo servicios como contratistas independientes, con el propósito de llevar a cabo funciones específicas de nuestra parte y/o proveyéndonos servicios. Tenemos contratos escritos con nuestros asociados de negocios requiriendo que tomen las medidas apropiadas para salvaguardar su PHI.

**Sus Familiares, Amigos y Representantes:** Podríamos usar o divulgar su PHI para notificar o ayudar en la notificación de un miembro de la familia, compañero doméstico, amigo cercano, su representante personal u otra persona responsable o involucrada en el cuidado o pago de sus servicios de salud, si obtenemos su aceptación o le proveemos con la oportunidad de objetar y usted

no objeta o nosotros razonablemente inferimos que usted no objete. Si usted no está presente, y la oportunidad para acordar u objetar no puede ser proveída debido a su incapacidad o a una circunstancia de emergencia, podríamos acceder a nuestro juicio profesional para determinar si una divulgación es de su mayor interés. Podríamos además divulgar su información de salud a amigos o miembros familiares para informarles de asuntos tales como su condición general y de que usted está presente y/o recibiendo tratamiento en nuestras dependencias.

**Labores Humanitarias:** Podríamos divulgar su PHI a entidades involucradas con labores humanitarias con fines propios. Si usted está presente, generalmente obtendremos su acuerdo o le proveeremos con la oportunidad de objetar antes de divulgar su información de salud con los fines apropiados de labores humanitarias. En ciertas circunstancias, podríamos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si una divulgación con propósitos de labores humanitarias es apropiada.

**Recaudación de Fondos:** Podríamos, en ocasiones, usar su información de salud, o divulgar a un asociado de negocios cierta información de salud con el propósito de comunicarle la recaudación de fondos para nuestro beneficio; sin embargo, usted tiene el derecho de optar por no recibir tales comunicaciones.

**Requerido por la Ley:** Podríamos usar o divulgar su PHI cuando sea requerido por la ley.

**Abuso o Negligencia:** Podríamos divulgar su PHI a las autoridades apropiadas si de manera razonable consideramos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica, o víctima de otros posibles crímenes. Podríamos usar o divulgar su información de salud al alcance necesario para evitar serias amenazas a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otros o del público.

**Militares, Veteranos y Seguridad Nacional:** Podríamos divulgar su PHI si es requerido a autoridades militares si usted es un miembro de las fuerzas armadas. Podemos además divulgar su PHI a oficiales federales por labores autorizadas de inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley para que estas puedan proveer protección al presidente, otras personas autorizadas, mandatarios extranjeros o para conducir investigaciones especiales.

**Reclusos:** Bajo ciertas circunstancias, podríamos divulgar su PHI a una institución correccional o a oficiales de la ley teniendo custodia legal de un recluso u otros individuos.

**Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Podríamos divulgar su PHI a forenses o examinadores médicos según sea necesario, en casos de identificación de una persona fallecida o para determinar causa de muerte, o para desempeñar otras funciones autorizadas por la ley.

**Agencias Reguladoras: Salud Pública:** Podríamos divulgar su información de salud a agencias que supervisen la salud en actividades autorizadas por la ley, las cuales incluyen pero no están limitadas a licencias, acreditaciones, auditorías, inspecciones en investigaciones. Además, podríamos usar o divulgar su PHI en actividades de salud pública o a autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, discapacidad o lesiones, y podríamos además divulgar su PHI en actividades de salud pública tales como al reportar fallecimientos, reacciones o incidencias con drogas o productos médicos. Por ejemplo, podríamos divulgar su información de salud a una persona o entidad requerida por la Administración de Drogas y Comidas (FDA) para reportar efectos adversos, problemas con productos, para ayudar con la retirada de productos, o con otros propósitos relacionados. Podríamos además divulgar su PHI a una persona que pudo haber sido expuesta a una enfermedad contagiosa o que puede estar en riesgo de transmitir una enfermedad o condición.

**Litigación/Cumplimiento con la Ley:** Podríamos usar y divulgar su PHI con el propósito del cumplir con la ley como sea requerido por ley o en respuesta a una citación válida, proceso de descubrimiento u orden de la corte. Divulgaciones con motivos del cumplimiento de la ley podría incluir, como ejemplo, divulgaciones a oficiales de la ley para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida, divulgaciones acerca de la víctima de probable crimen, si bajo ciertas circunstancias, no podemos obtener la aprobación de una persona y divulgaciones acerca de conducta criminal en nuestras dependencias.

**Compensación de los Trabajadores:** Podríamos divulgar su PHI para la compensación de los trabajadores o en programas similares que provean beneficios en lesiones y enfermedades laborales.

Con excepción de lo descrito arriba, usos y divulgaciones de su información de salud únicamente ocurrirá con su autorización escrita. Por ejemplo, no usaremos su información de salud para mandarle información de mercadeo. Podríamos sin embargo proveerle con información de mercadeo en un encuentro cara a cara, y estamos permitidos a darle obsequios promocionales de valor nominal. Podríamos además informarle acerca de productos o servicios relacionados con su tratamiento, manejo de caso, o coordinación del cuidado, o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o lugares de atención. Además, no venderemos su PHI sin su previa autorización escrita

### SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

**Acceso:** Usted tiene derecho a mirar o recibir copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Contáctenos usando

la información descrita al final de este aviso acerca de una información completa de tiempo y costos involucrados.

**Divulgación de la Contabilidad:** Usted tiene el derecho de recibir una lista de instancias, si existen, en las cuales nuestros socios de negocios o sus subcontratistas divulguen su PHI con propósitos a excepción del tratamiento, pago, operaciones del cuidado de la salud, y otros usos permitidos como se describe en este Aviso de Prácticas de Seguridad, en los pasados 3 años. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable para responder con solicitudes adicionales. Usted tiene el derecho de solicitar tal contabilidad en formato electrónico. Este derecho esta sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

**Notificación de una Filtración de Información:** Usted tiene el derecho de ser notificado si su PHI esta comprometida en una filtración no segura de la información de salud.

**Comunicación Electrónica, Alternativa, o Confidencial:** Usted tiene el derecho de solicitar por medio escrito, que le comuniquemos acerca de su PHI por medios alternativos, tales como formatos electrónicos, o ubicaciones alternativas. Su solicitud debe especificar los medios alternativos o ubicación, y proveer una explicación satisfactoria con respecto a cómo los pagos serán llevados a cabo bajo los medios alternativos o la ubicación que usted haya solicitado. Si no podemos contactarlo al usar los medios o ubicaciones que usted haya solicitado, lo contactaremos con la información que tengamos.

**Restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros coloquemos restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su PHI con los propósitos de tratamiento, pago o actividades del cuidado de la salud, y usted además puede solicitar una restricción o limitación en la información de salud que divulguemos sobre usted a individuos que puedan estar involucrados en su cuidado o el pago por el cuidado de su salud. Sin embargo, aparte de lo descrito, no estamos obligados a aceptar sus solicitudes. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud excepto en situaciones de emergencia y en ciertas situaciones, tales en las que su proveedor de servicios de salud crea que esté en su mejor interés para usar o divulgar su información.

Con la excepción de cuando es requerido por la ley y excluyendo las divulgaciones con motivos de tratamiento, estamos requeridos a concordar con su solicitud escrita de no compartir su PHI con su plan de salud que se relacione únicamente con los servicios o un producto de salud por el cual usted o alguien a su nombre haya pagado de manera propia en su totalidad

**Correcciones:** Usted tiene el derecho de solicitar por escrito, que corriamos su PHI si usted cree que esta incorrecta, siempre y cuando nosotros tengamos esa PHI. Su solicitud debe explicar el por qué la información debe ser corregida. Podríamos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

**Copia Escrita de esta Noticia:** Usted tiene el derecho de solicitar una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad al contactar a nuestro Director de Cumplimiento.

**Revocación de la Autorización:** Usted tiene el derecho de revocar cualquier autorización escrita que nos ha dado para usar y divulgar su PHI teniendo en cuenta que esa solicitud esta por escrito y entregada en persona o por correo a nuestro Director de Cumplimiento en la dirección mencionada abajo y teniendo en cuenta que esta acción no haya sido tomada en dependencia de su autorización. Usted reconoce y está de acuerdo que nosotros no podemos retractar usos o divulgaciones que hayan ocurrido con su permiso previo o de lo contrario permitido por este Aviso o por la ley.

### PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted tiene alguna queja con respecto a la violación de sus derechos de privacidad por nuestra parte, o si usted no esta de acuerdo con una decisión que nosotros tomamos acerca del acceso de su PHI o en respuesta a una solicitud que usted hizo para corregir o restringir el uso o divulgación de su PHI, o de la comunicación con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, nos podrá contactar usando la información descrita abajo.

Además, usted puede entregar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Le proveeremos con la información de contacto para poder presentar una queja de su solicitud. Apoyamos su derecho a la privacidad de la PHI. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted escoge quejarse con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Si usted desea información adicional respecto a nuestras prácticas de privacidad, o si usted tiene preguntas o quejas, favor contáctenos como se describe abajo.

Directivo de Contacto	Andy Lyness
Teléfono:	404-346-3810
Fax:	1800-405-8950
Dirección:	1350 Spring Street NW Atlanta, GA 30309

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de mi proveedor, describiendo información acerca de cómo podría ser usada y/o divulgada mi información protegida de salud

Nombre del Paciente (escrito): \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de 18 años de edad, escriba el nombre del apoderado (generalmente el padre o madre, o el guardián legal)\* (escrito): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Al firmar este documento, usted está certificando que tiene autoridad legal para tomar decisiones del cuidado de la salud acerca del paciente menor de edad listado arriba.

---

### AVISO CON RESPECTO A OTROS INDIVIDUOS INVOLUCRADOS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE

Como apoderado del paciente descrito arriba, estoy identificando a los siguientes individuos como personas que puedan acompañar al paciente descrito arriba a las citas en las oficinas, quienes están involucradas en el cuidado y tratamiento del paciente, y quienes puedan recibir información con respecto a la intervención individual en el cuidado y tratamiento del paciente.

	NOMBRE	RELACIÓN
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Firma del Apoderado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_