

# HIPAA Notificación de Practicas de Privacidad

Revisada 2013

Efectivo desde Abril/14/2003

Revisada Marzo/26/2013

Family Health/La Clinica  
400 S Townline Rd - Wautoma, WI 54982  
(920-787-5514

## **ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED, PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

Esta notificación de prácticas de privacidad no es una autorización. Esta notificación de prácticas de privacidad describe como nuestros asociados en este negocio y los contratistas, pueden usar y divulgar su información de salud protegida para su tratamiento, pagos o trabajos de salud, y para otros propósitos que están permitidos o requeridos por la ley. Y también describe su derecho a acceso y control de su información de salud protegida. Información de salud protegida es información acerca de usted, incluyendo información demográfica, que te puede identificar a usted y relacionarlo con o condiciones de salud física o mental u otros servicios de cuidado de su salud en el pasado, presente o futuro.

### **USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Su información de salud protegida puede ser divulgada por su doctor/proveedor medico, nuestra oficina u otras personas fuera de la oficina que están envueltas en su cuidado y tratamiento por el propósito de proveer un servicio de salud medico a usted, para pagar las cuentas medicas, para ayudar en los sistemas administrativos de la oficina y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:** Nosotros usaremos y divulgaremos su información de salud protegida, para proveer, coordinar o dirigir con su cuidado de salud y los servicios relacionados. Esto incluye coordinación o dirección de su cuidado de salud con terceras personas o grupos. Como ejemplo, su información de salud protegida, podría ser mandada a un doctor que te han referido, para asegurar que el doctor tenga la información necesaria para diagnóstico y tratamiento.

**Pagos:** Su información de salud protegida será usada, cuando se necesite, para obtener pagos por sus servicios médicos. Como ejemplo, para obtener aprobación para ser admitido al hospital, puede que se requiriera que su información de salud protegida sea divulgada al seguro médico para obtener aprobación de la admisión al hospital.

**Funcionamiento del Cuidado de Salud:** Nosotros podemos usar o divulgar cuando se necesite, su información de salud protegida en orden de mantener las actividades administrativas de la práctica de su doctor/proveedor medico. Estas actividades incluyen, pero no limitadas, a evaluación de calidad, analizar empleados de la clínica, enseñar a estudiantes de medicina, licencias, captación de fondos y conducir o arreglar otros asuntos de negocio. Como ejemplo, nosotros podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven pacientes en nuestra oficina. También podemos tener una lista en donde te registres, donde te pediremos que firmes e indiques quien es su doctor/proveedor médico. También podemos llamar su nombre en la sala de espera cuando su doctor/proveedor medico está listo para verlo. También podemos usar o divulgar su información de salud protegida, si es necesario, para recordarle de su próxima cita médica e informarle de otros tratamientos alternativos u otros benéficos relacionados a la salud y servicios que le podrían interesar a usted. Si nosotros usamos o divulgamos su información de salud protegida para captación de fondos, nosotros le diremos que usted tiene la opción de negarse a esa actividad.

Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: requerido por la ley, problemas públicos de salud requerida por la ley, enfermedades comunicables, problemas de salud, abuso, requerimientos de negligencia, administración de comida y drogas, procedimientos legales, policía, forense, director funeral, donación de órganos, investigación médica, actividad criminal, actividad militar, seguridad nacional, compensación de trabajadores, encarcelados, y otros requerimientos de uso y divulgación dentro de la ley, nosotros debemos divulgarle la información cuando usted la pida. Dentro de la ley, también podemos divulgar su información de salud protegida cuando es requerida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar, o determinar, nuestros cumplimientos con los requerimientos debajo de la sección 164-500.

## **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACION**

**Otras cosas permitidas y requeridas para uso y divulgación** serán solo con su **consentimiento, autorización u oportunidad a negarse**, dependiendo si no es requerida por ley. Sin su autorización, nosotros estamos estrictamente prohibidos, de no usar o divulgar su información de salud protegida para propósitos de mercadotecnia. Nosotros no podemos vender su información de salud protegida sin su autorización. Nosotros no podemos usar o divulgar las notas de su psicoterapeuta en su información de salud protegida.

**Usted puede suspender la autorización**, a cualquier tiempo por escrito, con excepción cuando su doctor/proveedor medico o la clínica haya tomado acción dependiendo del uso o divulgación indicada en la autorización.

## **SUS DERECHOS**

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

**Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida (puede haber cobro)**-Conforme al requisito que escribiste, usted tiene el derecho a inspeccionar o copiar su información de salud protegida en papel o electrónico. Debajo de la ley Federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar las siguiente información. Notas psicoterapeutas, información recaudada en anticipación razonable de, o uso en, cosa civil, criminal, o acción administrativa o proceso judicial, información de salud protegida prohibida por la ley, información que es relacionada con investigación médica que usted acepto en participar, información en que la divulgación puede resultar en lesiones o daños a usted u otra persona, o información que fue obtenida debajo de una promesa de confidencia.

**Usted tiene derecho a pedir una restricción de su información de salud protegida**- Esto significa, que usted puede pedirnos de no usar o divulgar cualquier parte de su información de salud protegida para el propósito de tratamiento, pagos o cosas administrativas. Usted también puede pedir que cualquier parte de su información de salud protegida no sea divulgada a miembros de su familia o amigos, que estén involucrados en su cuidado o para motivos de notificación como esta descrito en esta Notificación de Practicas Privadas. Su petición debe describir específicamente las restricciones, requeridas y quien usted quiere que las restricciones se apliquen. Su doctor/proveedor medico esta requerido en aceptar sus restricciones excepto si usted pide al doctor/proveedor medico no divulgar su información de salud protegida a su seguro medico con respecto a su cuidado de salud que usted pago completamente en efectivo.

**Usted tiene derecho de pedir para recibir información confidencial**-Usted tiene el derecho de pedir nos información confidencial, de diversas maneras o de diversas localidades. Usted tiene derecho te obtener una copia de notificación de nosotros, cuando se pida, no importa si usted acepto recibir esta notificación en diferente forma (electrónica).

**Usted tiene derecho a pedir una enmienda para su información de salud protegida**- Si nosotros negamos su petición para una enmienda, usted tiene el derecho reportar una declaración de disconformidad con nosotros y nosotros prepararemos una respuesta a su declaración y le daremos a usted una copia de cualquier respuesta que tenemos.

**Usted tiene derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones**-Usted tiene derecho de recibir una contabilidad de divulgaciones en papel o electrónico, excepto para divulgaciones: conforme a la autorización, por propósitos de tratamiento, pagos, trabajos administrativos; requeridos por ley, que ocurrió antes de Abril 14, 2003 o seis años antes del día que se solicito.

**Usted tiene derecho de recibir una notificación de infracción**-Nosotros te notificaremos si su información de salud protegida insegura fue violada.

**Usted tiene derecho de obtener copia en papel de esta notificación** de nosotros, no importa si usted acepto de recibir la notificación electrónicamente. Nosotros tenemos el derecho de cambiar los términos de esta notificación y nosotros le notificaremos de esos cambios en la siguiente cita médica. Nosotros tendremos disponibles copias de nuestra nueva notificación, si usted desea obtener una.

## **QUEJAS**

Usted puede quejarse con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos, si usted cree su derecho de privacidad fue violada por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros, notificando a nuestro Administrador de su queja. **Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

**Nancy Pulver**

**920-787-5514**

**nancy@famhealth.com**

ADMINISTRADOR DE HIPPA

TELEFONO

E-MAIL

Nosotros somos requeridos por ley de mantener la privacidad de, y proveer a individuos con esta notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También somos requeridos de seguir los términos de esta notificación actual. Si usted tiene cualquier pregunta en referencia a esta forma, por favor pida hablar con el Administrador de HIPPA directo o por teléfono a nuestro teléfono principal de la clínica. Por favor firme la forma de reconocimiento. Por favor note, que cuando firme la forma de reconocimiento usted está solamente reconociendo que usted a recibido o se le a dado la oportunidad de recibir una copia de nuestra Notificación de Practicas Privadas.