

HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad

PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY ASSOCIATES, P.C.
515 N. 98TH STREET

OMAHA, NE 68114, 402-399-9400, FAX 402-399-8170

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN
POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar nuestro TRATAMIENTO, PAGO DE LAS OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA (TOP) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de tener acceso y controlar su información médica protegida. “Información médica protegida” es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, presente o futuro de la salud o las condiciones y servicios de atención médica relacionados física o mental.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTECT

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que se implican en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de atención médica a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, con el apoyo el funcionamiento de la práctica del médico, y otro uso requerido por la ley.

TRATAMIENTO: Vamos a utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con un tercero. **POR EJEMPLO:** Nosotros divulgaremos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que brinda atención a usted. **POR EJEMPLO:** Su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar de usted.

PAGO: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de atención de la salud. **POR EJEMPLO:** La obtención de la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información protegida de salud sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

OPCIÓN DE CUIDADO DE LA SALUD: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de sus médicos. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a las actividades de evaluación de calidad, actividades de evaluación de empleados, capacitación o estudiantes de medicina, licenciatura y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. **POR EJEMPLO:** Podemos revelar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de inscripción en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. También podemos revelar su información de salud protegida, según sea necesario, ponerse en contacto con usted para recordarle de su cita.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como exige la ley, las cuestiones de salud pública como lo requiere la ley, Enfermedades Transmisibles: Vigilancia de la Salud: Abuso o Negligencia: Requisitos de Food and Drug Administration. Procedimientos legales: aplicación de la ley, Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos de investigación: Actividad Criminal, Actividad Militar y Seguridad Nacional: Compensación a los Trabajadores: Presos: Usos y Revelaciones Requeridas: Bajo la ley debemos hacer divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

OTROS USOS Y REVELACIONES PERMITIDOS Y REQUERIDOS se harán sólo con nuestro consentimiento, autorización o la Oportunidad de Oponerse a menos que requerido por la ley. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que el médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

SUS DERECHOS: La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información protegida de la salud:

USTED TIENE EL DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. Bajo la ley federal, sin embargo usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación razonable de, o uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo y la información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a información de salud protegida.

USTED TIENE EL DERECHO DE SOLICITAR UNA RESTRICCIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD. Esto significa que usted puede pedir que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no será revelada a sus familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en un lugar alternativo. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, previa solicitud, incluso si estuvo de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente, es decir, por vía electrónica.

Usted tiene el derecho de recibir una cuenta de ciertas revelaciones que hemos hecho, si los hubiera, de su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informará por correo de cualquier cambio. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

QUEJAS: Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando nuestro contacto privacidad de sus quejas. **NO TOMAREMOS REPRESALIAS CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.**

Esta nota se publicó y entró en vigor el o antes del **14 de abril de 2003.**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono al (402) 399-9400.

La firma debajo de es sólo reconocimiento que ha recibido este aviso de nuestras **PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

NOMBRE (Imprime)

FIRMA

FECHA