

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACION DE SALUD DE USTED SE PUEDE USAR Y REVELAR Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REPASE EL AVISO CON CUIDADO.

Fecha efectiva de este aviso: 14 de abril, 2003

Actualizad: enero 2012

Si tiene alguna pregunta sobre cual quiere parte de este aviso o si quiere mas información sobre nuestras prácticas de privacidad por favor póngase en contacto con:

Compliance Officer/Human Resources Coordinator
Salina Family HealthCare Center
651 E. Prescott Salina, KS 67401
(785) 825-7251

Todos los requisitos escritos subrayados en este aviso deben ser dirigidos al individuo nombrado arriba.

Estamos cometidos a proteger su información médica. Coleccionamos información medica de usted y lo guardamos en un expediente / electrónico medico creando un expediente del cuidado y servicios que usted recibe en nuestra facultad. Nosotros necesitamos este expediente para darle cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Podemos obtener esta información directamente de usted, tal como información dada en su examen general/historia familiar o forma de información del paciente. Información también puede ser coleccionada del tercer partido, tal como su seguro medico, su empleado (especialmente del compensación de trabajadores) y de cualquier y todos los doctores, individuales, hospitales, laboratorio o farmacia del cual usted da permiso, ya sea por escrito o verbalmente. Esto también incluye documentos de facturación. Este aviso le informa a usted de cuales modos podemos usar y revelar esta información medica suya.

Somos requeridos por ley de mantener la privacidad de su información médica, de darle este aviso de nuestras prácticas de privacidad y de hacer el esfuerzo de buena fe de obtener un recibo de reconocimiento de este aviso. También tenemos que seguir con los términos de este aviso que esta en efecto ahora.

COMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACION MEDICA SUYA

La ley nos permite usar o revelar su información medica para los siguientes propósitos sin su consentimiento escrito:

Tratamiento. Podemos usar su información medica para darle tratamiento medico o servicio. Podemos revelar información médica suya a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos, otros estudiantes profesionales, u otro personal de la oficina quienes esta participando en su cuidado. Diferentes departamentos en nuestra oficina pueden compartir su información médica para poder coordinar diferentes tratamientos que usted puede necesitar tal como prescripciones, laboratorio, y rayos x. También podemos dar información medica a otros proveedores de salud quienes requieren tal información para los propósitos de darle tratamiento medico, tal como situaciones de consultación/referido. *Ejemplo: darle información*

necesitada a la farmacia para surtir su prescripción y/o entregarle su prescripción.

Podemos usar su información médica en una situación de emergencia. Si esto sucede su doctor tratara de obtener su consentimiento en cuanto sea prácticamente razonable después de dar el tratamiento. Si su doctor u otros proveedor no puede obtener su consentimiento, el o ella todavía puede usar o revelar su información medica para tratarlo.

Pagos. Podemos usar y revelar su información medica para que el tratamiento y los servicios que usted recibió puedan ser cobrados y pagos puedan ser coleccionados de usted o partidos de fractura que esta pidiendo el tratamiento, su seguro medico u otros del tercer partido. Nosotros sometemos el requisito para el pago a su seguro medico. La compañía del seguro medico requiere información de nosotros con respecto al cuidado medico dado. También le podemos decir a su seguro medico sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento. *Ejemplo: Nosotros daremos la información necesitada a su portador de seguro medico para determinar correctamente su demanda para el pago.*

Operaciones de Cuidado de Salud. Podemos revelar, como sea necesario, su información médica protegida para poder apoyar las actividades de negocios de nuestra practica. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, actividades de evaluación de calidad, actividades de reposo del empleado, entrenamiento de estudiantes médicos, u otros estudiantes profesionales, actividades licenciadas, y conduciendo o arreglando para otros actividades de negocio. *Ejemplo: mostrando sus rayos-x a un estudiante medico.*

OTROS USOS O REVELACIONES POSIBLES

Recordatorio de citas/ mensajes. Podemos usar información médica protegida para ponernos en contacto con usted como un recordatorio que usted tiene una cita para tratamiento o cuidado medico. A menos que usted requiera de otro modo, podemos dejar mensaje en la contestadota de mensaje o con otra persona quien pueda contestar el teléfono o podemos identificar nuestra oficina y pedir que usted nos regrese la llamada.

Correo. Es nuestra póliza de mandarle una carta, notificándole de resultados de estudios anormales del laboratorio/rayos-x. Incluiremos el nombre y domicilio de nuestra facilidad en todos los sobres. Estos incluye (pero no limitado también a) una declaración de los servicios rendidos u otras correspondencias de nuestra oficina.

Beneficios v servicios relacionados a la salud. Podemos usar y revelar información medica para decirle a usted sobre beneficios y servicios relacionados a su salud o posibles alternativas que pueden ser de interés a usted, o para darle regalos promocionales de valor nominal.

Servicios de la Clínica. Si usted esta participando con el programa MAP (Programa de Asistencia de Medicina), podemos darle información médica a las compañías farmacéuticas para poder mejor asistirlo de un modo más costo efectivo para manejar sus necesidades de medicaciones.

Individuales participando con su cuidado o pagos para su cuidado. Podemos revelar su información medica a un amigo o miembro de la familia quien esta participando en su cuidado medico o quien ayuda pagar para su cuidado Tales revelaciones también incluyen (pero no esta limitados a) ayudantes en un ambiente de vivienda de asistencia. También podemos revelar su información médica a una organización que asiste en un esfuerzo de ayuda humanitaria para poder notificar a su

familia sobre su condición, estado, y localización. Si puede y esta disponible a aceptar u oponerse, le daremos la oportunidad antes de hacer el aviso. Si no puede o no esta disponible para aceptar u oponerse, nuestros profesionales de salud usaran su mejor discreción en comunicarse con sus miembros de familia y los demás. Podemos revelar información médica, referente a un niño, a un padre non-custodial. Si usted es un residente de una residencia para personas mayores, y tiene un Poder para Tomar Decisiones Acerca del Cuidado de la Salud, nosotros trataremos de obtener una firma” dé Reconocimiento del Aviso de Practicas de Privacidad” de ellos. Si esta no se obtiene, un aviso de buena fe será completada de su parte.

Socios De Negoció. Algunos servicios en nuestra organización envuelven contratos o arreglos con socios de negocio. Cuando se contratan estos servicios, podemos revelar su información medica a nuestro colaboradores para que ellos puedan realizar el trabajo que le hemos pedido que hagan. Para proteger su información medica, les requerimos a nuestros socios de que practiquen medidas de seguridad para proteger su información.

Riesgos Para La Salud Pública. Según lo autorizado por la ley, podemos revelar su información medica protegida a las autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; para reportar reacciones a medicamento o problemas con productos; para dar aviso a una amenaza seria a la salud o seguridad; para notificar a la gente de retiros; para reportar nacimientos y muertes; para avisarle a una persona que pudo a ver estado expuesto a una enfermedad o quien esta a riesgo de contactar o contagiar una enfermedad o condición.

Abuso y Negligencia. Podemos revelar su información protegida médica a las autoridades públicas según lo permitido por la ley para reportar el abuso o negligencia o violencia domestica de un niño/anciano.

Seguridad Publica. Podemos revelar su información médica a las personas apropiadas para poder prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad, a otra persona o al público en general. Cualquier revelación seria solamente a una persona capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Actividades del Descuido de Salud. Podemos revelar información médica suya a una agencia del descuido de actividades autorizadas por la ley. Estas actividades del descuido pueden incluir, las intervenciones, las investigaciones, las inspecciones, licencias y otros procedimientos **Administración de Alimentos v Medicamentos.** Podemos revelar su información medica a una persona o a una compañía requerida por el FDA a revelar acontecimientos adversos, problemas con los productos y las reacciones a las medicaciones o a las vacunas, los defectos de producto o los problemas, desviaciones biológicas del producto, para seguir productos, permitir retiros del producto, hacer reparaciones o reemplazos, o conducir vigilancia pos comercialización, cuanto sea necesario.

Demandas v Conflictos. Podemos revelar su información médica en respuesta a una orden de corte o administrativa. Podemos también revelar su información médica en respuesta a una orden judicial.

Encarcelado Si usted es un preso de una facilidad correccional o bajo custodia del agente policial, podemos revelar la información medica necesaria para su salud y la salud y la seguridad de otros.

Amenaza Seria. Consistente con las leyes aplicables federales y del estado, podemos revelar su información medica si nosotros creemos que el uso o revelación es necesaria para prevenir o desminuir una amenaza inminente a la salud o seguridad de una persona o el publico.

Información de la Persona Difunta. Podemos revelar su información médica a los forenses o a los examinadores médicos para los propósitos de la identificación, determinando la causa de muerte o para que el forense o el examinador médico realicen otros deberes autorizada por la ley. Podemos también revelar su información médica a un director de funeraria, según lo autorizado por la ley, para permitir que el director de la funeraria realice sus deberes.

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donador de órganos, podemos usar y revelar su información médica a organizaciones en la obtención, de actividades bancarias u órganos y tejidos de trasplante, cuanto sea necesario para facilitar el órgano o donación del trasplante del tejido

Funciones Especializadas Gubernamentales. Podemos revelar información médica para las funciones especializadas del gobierno según lo autorizado por la ley por ejemplo a personales de las fuerzas armadas, para los propósitos de la seguridad nacional, o al personal del programa de asistencia pública.

Compensación del Trabajador. Podemos revelar su información médica si usted esta buscando compensación del trabajador, o programas similares, como sea necesario conformes a las leyes referentes a la compensación de trabajador.

Investigaciones. Podemos usar y revelar su información médica para los propósitos de investigación. Por ejemplo un proyecto de investigación puede implicar el comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron una medicación a las que recibieron otra, para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están conforme a un proceso de aprobación especial

Encuesta. Podemos usar y revelar su información médica para ponernos en contacto con usted para determinar su satisfacción con nuestros servicios.

Patrones. Podemos revelar su información médica a su patrón si le proporcionamos servicios del cuidado médico a petición de su patrón, y si los servicios del cuidado médico se proporcionan para conducir una evaluación referente a la vigilancia médica del lugar de trabajo o para evaluarla si usted tiene una enfermedad o lesión relacionada al trabajo. En tales circunstancias, le daremos el aviso escrito de tal petición de revelación. Cualquier otro acceso a su patrón será hecho solamente si usted ejecuta una autorización específica para la revelación de esa información a su patrón.

OTRAS USOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Revelaremos su información médica cuando sea requerido por leyes federales, estado o locales. Otras aplicaciones y revelaciones de información médica no cubiertas por este aviso serán hechas solamente con su autorización escrita. Si usted nos proporciona una autorización de utilizar o de revelar su información médica usted puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, no utilizaremos o revelamos más la información médica sobre usted por las razones cubiertas por su autorización escrita. No podemos retirar cualquier acceso hecho previamente con su permiso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que se puede usar para hacer decisiones sobre su cuidado. Típicamente expedientes médicos y de facturación, pero no incluye las notas de la psicoterapia, información

juntada en la anticipación razonable de, o usada en, una acción o un procedimiento civil, criminal o administrativa. Para inspeccionar una copia de su información médica, tiene que someter su requisito por escrito a nuestra oficina. Si usted requiere una copia de esta información, podemos cobrarle un honorario por el costo de copiar, envió, u otros materiales y servicios asociados con su requisito.

En ciertas circunstancias podemos negar su petición de inspeccionar y de copiar. Si le niegan el acceso a su información médica, usted puede pedir que se repase la negación. Otro profesional autorizado del cuidado médico, elegido por nuestra oficina, repasará su petición y la negación. La persona que conduce la revisión no será la persona que negó su petición. Nosotros accederemos con el resultado de la revisión.

Si usted utiliza el portal del paciente Internet-basado para ver sus informes médicos es su responsabilidad de guardar su información de salud. No comparta su nombre del usador y contraseña con ninguna persona.

Derecho a Enmienda. Si piensa que su información médica que tenemos sobre usted esta incorrecta o incompleta, usted puede pedir que rectifiquemos dicha información. Usted tiene el derecho de requerir una enmienda mientras nosotros tengamos su información en nuestra oficina.

Para solicitar una enmienda, usted tiene que someter el requisito por escrito a nuestras oficinas. Adema, usted tiene que proveer una razón que apoya su requisito.

Podemos negar su pedido una enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negar su petición si usted pide que enmendemos la información que:

- No fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creo la información no esta disponible más para hacer la enmienda.
- No es parte de la información médica mantenida por nuestra oficina;
- No es parte de la información que se le permite a usted inspeccionar y copiar; o
- Es exacto y completo

Si se niega su requisito, se le informara a usted la razón por la negación y tendrá la oportunidad de someter una declaración de desacuerdo que se mantendrá en su expediente.

Derecho a una Contabilidad de Accesos. Usted tiene el derecho de pedir una “contabilidad de accesos.” Ésta es una lista de todas las revelaciones de su información médica que hemos hecho que son requeridas por la ley, o de otra manera, desconocida a usted. Bajo el Acto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, ésta es una lista de cualquier entidad que haya recibido personalmente información identificable del cuidado médico para las aplicaciones sin relación a las operaciones del tratamiento, del pago o del cuidado médico. Excluye los accesos hechos a usted, a los miembros de familia o a los amigos participando en su cuidado, o para los propósitos de aviso.

Usted debe someter su petición para la contabilidad de accesos por escrito a nuestra oficina. Su petición debe indicar el plazo, que no puede ser más largo de seis años y no incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. La primera lista que usted pide en un período de doce meses es gratis. Para listas adicionales, podemos cóbrale un costo para

proporcionar la lista. Le avisaremos del costo y usted puede elegir retirar o modificar su petición en aquel momento.

Derecho pedir restricciones. Usted tiene el derecho de pedir una restricción o limitación en las operaciones de información médica que utilizamos o que revelamos sobre usted para el tratamiento, pago o cuidado médico. Usted también tiene el derecho de pedir un límite en la información médica que revelamos sobre usted de alguien que participa en su cuidado o paga para su cuidado. Para pedir restricciones, usted debe hacer su petición por escrito a nuestra oficina. En su petición, usted debe decirnos 1) qué información usted quiere limitar; 2) si usted quiere limitar nuestro uso, acceso o ambos; y 3) a quién usted quisiera que los límites se aplicaran, por ejemplo, a su esposo. ***No tenemos la Obligación de Cumplir con su Petición.*** Si su médico cree que está en su mejor interés de permitir el uso y revelación de su información médica, no será restringida. Si acordamos, accederemos con su petición a menos que la información sea necesaria para proporcionarle el tratamiento de emergencia.

El Derecho de Pedir Métodos Alternativos de Comunicación. Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted sobre materias médicas de cierta manera o en cierta localización. Por ejemplo, usted puede pedir que nos pongamos en contacto con usted solamente en el trabajo o por correo. Para pedir comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su petición por escrito a nuestra oficina. No le pediremos la razón por su petición. Su petición debe especificar cómo o donde usted desea que nos pongamos en contacto con usted. Acomodaremos todas las peticiones razonables.

Derecho a una Copia de Papel de Este Aviso. Usted tiene el derecho a una copia de papel de este aviso. Usted puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha acordado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia de papel.

CAMBIO A ESTE AVISO

Reservamos el derecho de enmendar, de cambiar, o de eliminar provisiones de este aviso en cualquier momento. Reservamos el derecho de hacer el aviso revisado efectivo para la información médica que tenemos ya sobre usted así como cualquier información que recibimos en el futuro. Fijaremos una copia del aviso actual en nuestra sala de oficina, cuartos de examen, así como copias en nuestro mostrador de enfrente para su conveniencia

QUEJAS

Si usted cree que nuestra oficina a violado sus derechos a su información médica, usted puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Departamento de Secretaria de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestra oficina, por favor póngase en contacto con Compliance Officer/Human Resources Coordinator, Salina Family Healthcare Center, 651 E. Prescott, Salina, KS 67401. Todas las quejas deben de ser sometidas por escrito.

No podemos, y no, le requerimos que renuncie el derecho de presentar una queja con la secretaria de Departamento de Salud y servicios Humanos (HHS) como condición de recibir el tratamiento en nuestra oficina. No se le penalizarán por presentar una queja.

RECONOCIMIENTO

Le pedirán proporcionar un reconocimiento escrito de su recibo de este aviso de las Prácticas de Privacidad. La ley nos requiere hacer un esfuerzo de buena fe de darle nuestro Aviso y de obtener tal reconocimiento de usted. Sin embargo, su recibo del cuidado y tratamiento de nuestra oficina no es una condiciona de darnos un reconocimiento escrito.