

H2.6C AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Endoscopy Center at Central Park: Este Aviso describe cómo puede usarse y revelarse su información médica y cómo puede usted tener acceso a ella. Estúdielo con cuidado. A su solicitud, usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso.

<p>Información médica del paciente De acuerdo con las leyes federales, su información médica está protegida y es confidencial. La información médica del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento y otra información médica relacionada. Su información médica incluye también información sobre pagos, facturación y seguros.</p> <p>Cómo usamos la información médica del paciente Utilizamos su información médica con fines de tratamiento, para obtener pagos y para operaciones relativas a la atención de la salud, lo que incluye fines administrativos y de evaluación de calidad de la atención que usted recibe. En ciertas circunstancias, es posible que estemos obligados a revelar la información aun sin su autorización.</p> <p>Ejemplos de tratamiento, pagos y operaciones de atención de la salud <u>Tratamiento:</u> Usaremos y revelaremos su información médica para suministrarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, enfermeros, médicos y otros integrantes de su equipo de tratamiento registrarán información en su historia clínica y la usarán para determinar las opciones de atención más apropiadas. También podremos revelar la información a otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento, a farmacéuticos que provean sus medicamentos recetados y a familiares que ayuden con su atención. <u>Pagos:</u> Usaremos y revelaremos su información médica para obtener pagos. Por ejemplo, es posible que necesitemos la autorización de su compañía aseguradora antes de suministrar ciertos tipos de tratamiento. Entregaremos facturas y conservaremos registros de pagos de su plan de salud. <u>Operaciones de atención de la salud:</u> Usaremos y revelaremos su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas habituales, que incluyen la administración adecuada de los registros, la evaluación de la calidad del tratamiento y de los resultados de su caso y de otros como el suyo.</p> <p>Usos especiales Podemos usar su información para ponernos en contacto con usted y recordarle cuando tenga citas convenidas. También podemos comunicarnos con usted para suministrarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.</p> <p>Otros usos y revelaciones Podemos usar o revelar información médica sobre usted por otras razones, aun sin su consentimiento. Con sujeción a ciertos requisitos, estamos autorizados a entregar información médica sin su consentimiento en los siguientes casos o con los siguientes fines: <u>Cuando está exigido por ley:</u> Probablemente nos veamos obligado por ley a informar heridas de bala, sospechas de abuso o negligencia, o lesiones y eventos semejantes. <u>Fines de investigación:</u> Podemos usar o revelar información para investigaciones médicas autorizadas.</p>	<p><u>Actividades de salud pública:</u> Según lo exijan las leyes, podemos revelar a las autoridades sanitarias estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con el retiro de productos peligrosos del mercado y otros datos similares. <u>Supervisión de la salud:</u> Es posible que estemos obligados a revelar información con el fin de ayudar en investigaciones y auditorías, determinar la elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares. <u>Procedimientos judiciales y administrativos:</u> Podemos revelar información en respuesta a un emplazamiento u orden de un tribunal apropiado. <u>Fines relativos a la observancia de las leyes:</u> Con sujeción a ciertas restricciones, podremos revelar información solicitada por funcionarios que trabajan en la observancia de las leyes. <u>Muertes:</u> Podemos entregar información acerca de muertes a médicos forenses, peritos médicos, directores de casas funerarias y agencias de donación de órganos. <u>Amenazas serias a la salud o a la seguridad:</u> Podemos utilizar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad del público o de un tercero. <u>Funciones militares o especiales del gobierno:</u> Si usted es un integrante de las fuerzas armadas, podemos entregar información requerida por las autoridades del comando militar. También podemos revelar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional. <u>Compensación a trabajadores:</u> Podemos revelar información sobre usted a programas de compensación a trabajadores o similares que otorguen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.</p> <p>En cualquier otra situación, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o revelar cualquier información médica que lo identifique. Si usted opta por firmar una autorización para revelar información, puede revocarla después para detener todo uso o revelación futuros.</p> <p>Derechos individuales Usted tiene los siguientes derechos relativos a su información médica. Comuníquese con la persona indicada más abajo para conocer la forma apropiada de ejercer esos derechos. <u>Solicitud de restricciones:</u> Usted puede solicitar que se apliquen restricciones a ciertos usos y revelaciones de su información médica. Nosotros no estamos obligados a aceptar dichas restricciones, pero si las aceptamos las cumpliremos. Asimismo, si usted ha pagado la totalidad de su tratamiento de atención médica con dinero propio, y solicita que limitemos la revelación de su información a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención de la salud, respetaremos su solicitud. <u>Comunicaciones confidenciales:</u> Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial; por ejemplo, enviando los avisos a una dirección especial o no usando tarjetas postales para recordarle sus citas. <u>Revisar y obtener copias:</u> En la mayoría de los</p>	<p>casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica. Es posible que se cobre un pequeño monto por las copias. <u>Corregir información:</u> Si usted cree que la información de su historia clínica es incorrecta, o que falta algún dato importante, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o que agreguemos los datos que falten. <u>Relación de revelaciones:</u> Usted puede solicitar una lista de los casos en que hemos revelado su información médica por razones que no se relacionen con tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud.</p> <p>Nuestras obligaciones legales Las leyes nos obligan a proteger y mantener la privacidad de su información médica, a entregarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y a cumplir los términos del Aviso actualmente vigente.</p> <p>Cambios en las prácticas de privacidad Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras políticas, modificaremos nuestro Aviso y colocaremos el nuevo Aviso en la zona de espera y en todos los consultorios. Usted también puede solicitar en cualquier momento una copia de nuestro Aviso. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona indicada más abajo.</p> <p>Quejas Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de su historia clínica, puede comunicarse con la persona indicada más abajo. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU. A su solicitud, la persona indicada más abajo le indicará cuál es la dirección adecuada para el envío. Usted no sufrirá penalización alguna por presentar una queja.</p> <p>Persona de contacto Si tiene preguntas, solicitudes o quejas, comuníquese con: Center Director Fecha de vigencia: 2/18/2010 Yo, _____, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad que se me ha entregado. Firma: _____ Fecha: _____ — Si no se firma, razón por la cual no se obtuvo el acuse de recibo: _____ Testigo del personal que solicita el acuse de recibo _____ Fecha: _____</p>
---	---	--