



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Los doctores y personal de Born Again Obstetrics & Gynecology comprendemos la importancia de la privacidad y nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información médica. Este Aviso de Practicas de Privacidad es proporcionado como requerimiento de la Ley de Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA"). Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, pagos de operaciones de salud y/o otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe su derecho a acceder y controlar nuestra información de salud protegida en algunos casos. Su "información de salud protegida" significa cualquier información de salud escrita u oral, incluyendo datos demográficos que puedan ser usados para identificarlo, los cuales pueden incluir su número de seguro social, números de beneficiarios del plan de salud, dirección y números de teléfono. Esta es información de salud que es creada o recibida por nosotros y se relaciona a condiciones físicas o mentales pasadas, presentes o futuras. Nosotros no vendemos ninguna información sobre nuestros pacientes a compañías de correo, organizaciones masivas de mercadotecnia, o compañías farmacéuticas.

Cómo Este Consultorio Médico Puede Utilizar o Divulgar su Información de Salud

El registro médico es propiedad de este consultorio médico pero la información en el registro le pertenece a usted. La ley nos permite utilizar o divulgar su información de salud con los siguientes propósitos:

Tratamiento. Utilizamos su información médica para brindarle atención médica durante su evaluación y tratamiento. Esta información médica puede incluir información personal de abuso de sustancias, tratamientos psiquiátricos, VIH, cirugía y/o resultados de exámenes genéticos. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otras personas involucradas en brindarle el cuidado que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos o proveedores de atención médica que prestan servicios que nosotros no. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesita para entregarle un medicamento con receta, o a un laboratorio que realiza una prueba. También podemos divulgar información médica a proveedores de tratamiento fuera de nuestro consultorio que participen en su cuidado, como doctores referentes o consejeros genéticos.

Pago. Utilizamos y divulgamos su información médica para obtener el pago por los servicios que brindamos. Por ejemplo, le proporcionamos a su plan de salud la información necesaria para realizar el pago. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le brindaron.

Operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su información médica para que

este consultorio médico funcione. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y la calificación de nuestro personal profesional. O podemos utilizar y divulgar esta información para que su plan de salud autorice servicios o remisiones. También podemos utilizar y divulgar esta información cuando sea necesario para revisiones médicas, auditorías y servicios legales, incluido el fraude y la detección de abuso, y los programas de conformidad, la administración y la planificación empresarial. Además, podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que realiza servicios administrativos. También podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información sobre atención médica o planes de salud que tengan una relación con usted cuando soliciten esta información para ayudarlos con la evaluación de calidad y sus actividades de mejora; las actividades de seguridad del paciente; los esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir los costos de la atención médica; el desarrollo de protocolos, la administración de casos o las actividades de coordinación de la atención; la revisión de competencias, calificaciones y desempeño de los profesionales de la atención médica; los programas de capacitación; las actividades de acreditación, certificación o matriculación; las actividades relacionadas con los contratos de seguro de salud o beneficio de salud, o la detección de fraude y abuso en la atención médica y los esfuerzos de conformidad.

Recordatorios de citas. Podemos utilizar y divulgar información médica para ponernos en contacto con usted y recordarle de sus citas.

Planilla de registro. Podemos utilizar y divulgar su información médica pidiéndole que se registre cuando llegue a nuestra oficina. También podemos decir su nombre cuando estemos listos para atenderlo.

Usos y Divulgación de Información Mas Allá de Tratamientos, Pagos, Operaciones de Atención Medica Permitidos sin Autorización u Oportunidad para Oposición

Exigido por ley. De acuerdo con la ley, utilizaremos y divulgaremos su información médica, pero limitaremos este uso y esta divulgación a los requerimientos correspondientes de la ley. Cuando la ley nos exija informar abusos, negligencia o violencia doméstica, o responder procedimientos legales o administrativos, o responder a las autoridades, cumpliremos también el requerimiento establecido a continuación con respecto a dichas actividades.

Salud pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a autoridades de la salud pública con propósitos relacionados a la prevención y el control de enfermedades, heridas o discapacidades; la denuncia del abuso o la negligencia en el cuidado de un niño, adulto mayor o adulto dependiente; la denuncia de casos de violencia doméstica; la denuncia a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) de problemas con productos y reacciones a medicamentos; y la denuncia de exposiciones a enfermedades o infecciones. Cuando denunciemos un supuesto caso de abuso o de violencia doméstica a un adulto mayor o un adulto dependiente, le notificaremos a usted o a su representante personal de manera oportuna, a menos que, según nuestro mejor criterio profesional, consideremos que esta notificación lo pondría en peligro de sufrir un daño severo o requerirá informarle a un representante personal que creamos que es el responsable del abuso o daño.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su

información de salud a agencias de supervisión de la salud durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones y otros procedimientos según las limitaciones establecidas por la ley. Nosotros no divulgaremos su información de salud si usted es el sujeto de una investigación y su información de salud no está directamente relacionada a su provision de cuidado de salud o beneficios públicos.

Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud durante el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida que lo autorice expresamente una corte u orden administrativa. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, un pedido de presentación de prueba u otro proceso legal si se hizo todo lo posible por notificarle a usted sobre la solicitud y usted no se opuso, o si sus objeciones se resolvieron en una corte o una orden administrativa.

Cumplimiento de la ley. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a un agente de la autoridad con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, en cumplimiento con una orden judicial, una citación de un juzgado de acusación y para otros fines para el cumplimiento de la ley.

Médicos forenses. Podemos, y a menudo incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a médicos forenses si la información está relacionada con las investigaciones sobre fallecimientos.

Donación de órganos o tejido. Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la adquisición, conservación en bancos y trasplante de órganos y tejidos.

Seguridad pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a las personas adecuadas para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de alguna persona en particular o del público en general.

Funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su información de salud por razones militares o de seguridad nacional, o a correccionales o a agentes de la autoridad en cuya custodia se encuentre.

Indemnización laboral. Podemos divulgar su información de salud en caso de ser necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral. Por ejemplo, mientras su atención se encuentre cubierta por la indemnización laboral, realizaremos informes periódicos a su empleador sobre su estado. La ley también nos exige informar casos de accidentes o enfermedades de trabajo al empleador o a la aseguradora que proporciona indemnización laboral.

Investigación. Podemos divulgar su información de salud a investigadores que lleven a cabo una investigación para la cual no es necesaria su autorización por escrito según la aprobación de un Junta de Revisión Institucional o junta de privacidad, en cumplimiento con la ley vigente.

Usos Y Divulgaciones Que Usted Autoriza. Además de lo mencionado anteriormente, nosotros no divulgaremos su información de salud a menos que haya una autorización escrita. Usted puede revocar su autorización en escrito en cualquier momento excepto en el momento que ya hayamos tomado alguna acción por medio de su autorización inicial.

Sus Derechos de Información de Salud

Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en ciertos casos de uso y divulgación de su información de salud por medio de una petición escrita que especifique qué información desea limitar y qué límites desea imponer en nuestro uso o divulgación de esa información. Si usted nos indica que no le divulguemos a su plan de salud comercial información que tenga que ver con servicios o productos de atención médica por los cuales haya pagado completamente por cuenta propia, nosotros acataremos su solicitud a menos que debamos divulgar la información para su tratamiento o por razones legales. Nos reservamos el derecho a aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le notificaremos nuestra decisión.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que le enviemos su información de salud de alguna forma específica o a alguna ubicación específica. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos información a una dirección de correo electrónico en particular o a su dirección laboral. Cumpliremos con todos los pedidos razonables presentados por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

Derecho a revisar y copiar. Usted tiene derecho a revisar y copiar su información de salud con contadas excepciones. Para acceder a su información médica, debe presentar una solicitud escrita que detalle a qué información desea acceder, si desea revisarla o realizar una copia, y, en caso de querer una copia, la forma y el formato deseados. Nosotros proporcionaremos copias en la forma y el formato que usted solicitó, si es realizable rápidamente, o proporcionaremos un formato alternativo que usted acepte; o si no logramos estar de acuerdo y mantenemos el registro en formato electrónico, le ofreceremos elegir entre un archivo electrónico de lectura o en formato impreso. También le enviaremos una copia a cualquier persona que usted designe por escrito. Facturaremos un honorario razonable que cubra nuestros gastos de mano de obra, suministros, franqueo y, si se solicitó y acordó por adelantado, el costo de redactar una explicación o un resumen según lo permita la ley. Podemos rechazar su solicitud en circunstancias determinadas.

Derecho a corrección o complemento. Usted tiene derecho a solicitar que corrijamos su información médica que crea que sea incorrecta o esté incompleta. Debe realizar una solicitud de corrección por escrito, e incluir las razones por las cuales cree que la información es inexacta o está incompleta. No estamos obligados a modificar la información de salud, y le proporcionaremos información sobre el rechazo del consultorio médico y cómo puede disentir con el rechazo. Podemos rechazar su solicitud si no contamos con la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para realizar la corrección), si usted no está autorizado para revisar o copiar la información en cuestión o si la información es correcta y está completa actualmente. Si rechazamos su solicitud, usted puede enviar una declaración escrita que exprese su disconformidad con la decisión y, a su vez, nosotros podemos impugnarla. También tiene derecho a solicitar que agreguemos a su registro una declaración de hasta 250 palabras con respecto a cualquier información dentro del registro que usted considere que está incompleta o es incorrecta. Toda la información relacionada a alguna solicitud de corrección o complemento se mantendrá y divulgará junto con cualquier divulgación subsiguiente de la información en disputa.

Derecho a un resumen de divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir un resumen de las divulgaciones de su información de salud que este consultorio médico haya realizado, excepto que este consultorio médico no deba dar cuenta de las divulgaciones que se le proporcionaron o conforme a su autorización escrita, o según los párrafos (tratamiento), (pago), (operaciones de atención

médica), (notificación y comunicación a la familia) y (funciones gubernamentales especializadas) de este Aviso de prácticas de privacidad, o divulgaciones con fines investigativos o de salud pública que excluyan identificaciones directas de pacientes o que sean inherentes a un uso o una divulgación permitidos o autorizados por ley, o las divulgaciones que se realicen a una agencia de supervisión de la salud o a agentes de la autoridad en la medida que este consultorio médico haya recibido notificación de dicha agencia o agente de que el brindar este resumen razonablemente podría interferir en sus actividades.

Usted tiene derecho a estar informado de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, y a una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad, incluso si previamente solicitó su recepción por correo electrónico. La solicitud de un resumen debe ser hecho en escrito a nuestro Funcionario de Privacidad. La solicitud debe especificar el periodo de tiempo del que se necesita el resumen. Nosotros no estamos requeridos a proveer un resumen de divulgaciones que tomen lugar antes de Octubre 1, 2003. Solicitudes de resumen no podrán ser compuestos por periodos de tiempo que excedan seis años. Nosotros proveeremos el primer resumen que usted solicite durante cualquier periodo de 12 meses sin costo. Solicitudes de resúmenes subsecuentes podrán estar sujetos a una tarifa basada en un costo razonable.

Si quisiera tener una explicación más detallada de estos derechos o si quisiera ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro funcionario de privacidad.

Cambios en este Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que realicemos dicha modificación, la ley nos exige cumplir con este Aviso. Luego de que se realiza una modificación, el Aviso de prácticas de privacidad revisado aplicará a toda la información médica protegida que mantengamos, sin importar cuando fue creada o recibida. Mantendremos una copia del aviso actual publicada en nuestra área de recepción, una copia disponible en cada cita, y el aviso vigente en nuestro sitio web.

Quejas. Usted tiene el derecho de expresar a nuestro consultorio y al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Las quejas con respecto a este Aviso de prácticas de privacidad o la manera en que este consultorio médico manipula su información de salud deben dirigirse a nuestro funcionario de privacidad.

Si no está satisfecho con la forma en que esta oficina aborda una queja, puede enviar una queja formal a:

3200 Buddy Owens Blvd, Suite # 300
McAllen, Texas 78504
ATTN: Privacy Officer

El Funcionario de Privacidad puede ser contactado por teléfono en (956) 627-5245.

Este Aviso entra en efecto Octubre 1, 2019

RECONOCIMIENTO DE HIPAA/FORMA DE CONSENTIMIENTO

Yo entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos son proporcionados bajo la Ley de Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA"). Entiendo que al firmar este consentimiento yo autorizo utilizar o divulgar mi información de salud protegida con los siguientes propósitos:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros proveedores de salud involucrados en mi tratamiento);
- Obtener pagos de terceros (ej. mi compañía de seguros);
- Las operaciones del día a día de su consultorio.

Tambien he sido informado y dado el derecho de revisar y asegurar una copia del Aviso de Practicas de Privacidad, la cual contiene una descripción más completa de la utilización y divulgación de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPAA. Yo entiendo que reservan el derecho a cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que yo puedo contactarle en cualquier momento para obtener la copia vigente de este aviso.

Entiendo que yo tengo el derecho de solicitar restricciones sobre la manera en que mi información de salud protegida es utilizada y divulgada para llevar a cabo tratamientos, pagos, y operaciones de cuidado de salud, pero que no son requeridos a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si aceptan, estarán ligados a cumplir con esta restricción.

Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento, por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurra previamente a la fecha que revoque este consentimiento no será afectado.

Nombre Completo del Paciente _____

Firma _____

Fecha de la Firma _____

Relación al paciente (si el paciente no puede firmar) _____