

GONZALEZ & PEREZ, M.D., P.A.
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

Este aviso de privacidad es efectivo a partir de septiembre de 2014 y fue revisado por última vez Agosto 2014.

Ley de Privacidad

En González y Pérez, MD, PA, estamos comprometidos con la protección de los derechos de privacidad de nuestros pacientes. Usted tiene una variedad de derechos bajo la ley federal conocida como "HIPAA," la Ley de la Portabilidad del Seguro de Salud y Responsabilidad de 1996, las relacionadas Reglas de Privacidad y de Seguridad publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y según lo establecido en los reglamentos de la Regla General Final de 2013 ("HIPAA"). Esos derechos se describen en este aviso.

Bajo HIPAA, tenemos ciertas obligaciones:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida.
- Debemos proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida.
- Estamos obligados a cumplir con los términos del aviso de privacidad vigente.
- Notificación. Si hay una brecha de su información de salud protegida, se nos puede exigir notificarle de este incumplimiento, incluyendo lo que pasó y lo que usted puede hacer para protegerse.

Nos reservamos el derecho, cuando cambiamos una práctica de privacidad, de cambiar los términos de nuestro aviso y de hacer las nuevas provisiones para toda la información médica protegida que mantenemos. Si lo modificamos nuestra política, vamos a ofrecerle un nuevo aviso en su próxima visita y también vamos a publicar un aviso en nuestro sitio de web.

¿Cuál es la información médica protegida?

La información médica incluye algo más que información sobre los procedimientos médicos. El término incluye toda la información que se relaciona con:

- El pasado, el presente o el futuro de la salud o condición física o mental de un individuo.
- La prestación de asistencia médica a un individuo.
- El pasado, presente o futuro pago para la prestación de asistencia médica a un individuo.

La información de salud que identifica a una persona o que probablemente puede ser usado para identificar al individuo está protegido por la ley. Esta información de salud protegida es conocida como PHI.

Obviamente, cuando proveemos asistencia médica, tenemos que utilizar toda la información médica relevante disponible. Sin embargo, en otras circunstancias, vamos a utilizar el PHI mínimo necesario para la transacción.

CUANDO PODEMOS USAR INFORMACION MÉDICA SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

En las siguientes circunstancias, se nos permite usar o divulgar información de salud sin obtener el consentimiento escrito (llamada "autorización"), o sin darle la oportunidad de oponerse o estar de acuerdo con el uso o divulgación: [Recuerda, estamos hablando sólo sobre la privacidad de la información; obviamente, se le da la oportunidad de objetar o consentir a procedimientos médicos!]

TRATAMIENTO. Su PHI puede ser usada y divulgada por los que están involucrados en su cuidado con el fin de proporcionar, coordinar o administrar su tratamiento de atención médica y servicios relacionados, incluyendo la coordinación o administración de la atención de la salud por un proveedor de atención de la salud con un tercero, o la remisión del paciente para la atención médica de un proveedor de atención de salud a otro. Esto incluye la consulta con fines de tratamiento con especialistas, médicos u otros miembros del equipo de tratamiento.

PAGO. Podemos utilizar o divulgar su PHI para que podamos recibir el pago por los servicios de tratamiento proporcionados a usted. Pago significa las actividades realizadas por un médico o un plan de salud para obtener o proporcionar reembolsos para la prestación de servicios de salud. Ejemplos de actividades relacionadas con los pagos son: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura de seguro, el procesamiento de reclamaciones con su compañía de seguros, la revisión de los servicios proporcionados a usted para determinar la necesidad médica, o que realicen actividades de revisión de utilización. Si llega a ser necesario el uso de procesos de recolección debido a la falta de pago de los servicios, sólo divulgaremos la cantidad mínima de PHI en tales circunstancias.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA. Podemos utilizar o divulgar, según sea necesario, su PHI para apoyar nuestras actividades comerciales, incluyendo, pero no limitado a, la realización de actividades de evaluación de la calidad y de mejora, incluyendo evaluación de los resultados, las actividades de revisión de empleado, que le recuerda las citas, para proporcionar información sobre el tratamiento alternativas u otros beneficios relacionados con la salud y servicios, licencias, y conducir otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con terceros que realizan diversas actividades comerciales (por ejemplo, facturación o servicios de mecanografía) siempre y cuando tengamos un contrato escrito con la empresa que lo requiera para salvaguardar la privacidad de su PHI. (En la medida en que la PHI sea necesaria para fines de formación o enseñanza, divulgaremos su PHI sólo con su autorización.)

ABUSO Y DESCUIDO. Si sabemos, o tenemos motivos razonables para sospechar que un niño es abusado, abandonado o descuidado por un padre, tutor legal, cuidador u otra persona responsable por el bienestar del niño (ninguno de los cuales es un paciente de González y Pérez, MD, PA), la ley requiere que reportemos que sabemos o sospechamos estos temas a la línea directa de abuso central. También podemos divulgar su PHI para reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica e parte de usted contra los adultos, cónyuges, parientes, ancianos, u otras personas.

REQUERIDO POR LA LEY OR POR UNA ORDEN DE LA CORTE. Podemos utilizar o divulgar su PHI como es requerido por el estado y / o la ley federal, como por auditorías obligatorias del gobierno o agencia de investigaciones (como la junta de licencias de trabajo social o departamento de salud), pedidos del gobierno, procedimientos judiciales y administrativos, procedimientos de compensación de trabajadores, o en virtud de una orden judicial, orden administrativa, o citación (Subpoena).

EMERGENCIA O AMENAZA DE DAÑO GRAVE. Podemos utilizar o divulgar su PHI según sea necesario en caso de cualquier emergencia y / o para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o del público. Si se divulga información para prevenir o disminuir una amenaza seria, será compartida con la persona o personas en condiciones razonables de prevenir o disminuir la amenaza, incluyendo el blanco de la amenaza.

SALUD PÚBLICA. Podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de salud pública, como para informar sobre la enfermedades contagiosas, e investigación o vigilancia de tales enfermedades; y las comunicaciones desde y hacia la agencia federal Food and Drug Administration en relación con medicamentos o dispositivos médicos.

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN MÉDICA Y APLICACIÓN DE LA LEY. Podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de supervisión de la salud, como para satisfacer los requisitos del estado y / o licencia federal, auditorías o investigaciones de posibles violaciones de las leyes de asistencia médica. Podemos utilizar o divulgar su PHI para propósitos de aplicación de la ley, como para proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un delito, para proporcionar información acerca de un crimen en nuestra oficina, o para reportar un crimen que ocurrió en otro lugar.

MÉDICOS FORENSES / PROGRAMAS DE DONANTE DE ÓRGANOS / INVESTIGACIÓN. Podemos utilizar o divulgar su PHI a un médico forense para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte, a los directores de funerarias para ayudar en el entierro, o para organizaciones que manejan la donación de órganos o tejidos. También podemos utilizar o divulgar su PHI para la investigación de salud.

FUNCIONES GUBERNAMENTALES ESPECIALIZADAS. Podemos utilizar o divulgar su PHI como para la protección del presidente o de altos funcionarios del gobierno, para actividades lícitas de inteligencia nacional, o con fines militares o para la evaluación y la salud de los miembros del servicio exterior.

DIVULGACIONES ADICIONALES/ "SOCIOS COMERCIALES". Podemos divulgar su PHI por cierto como un subproducto inevitable de usos o divulgaciones permitidos, y podemos utilizar o divulgar su PHI a "socios comerciales" y sus subcontratistas que realizan operaciones de asistencia médica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información de salud en conformidad con HIPAA.

Para más información, véase: www.hhs.gov/oct/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

USOS QUE REQUIEREN SU CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN

Podemos hacer ciertos otros usos y divulgaciones de su información de salud que requieren de su consentimiento. Sólo haremos estos usos o divulgaciones con su autorización por escrito. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, la revocación no afecta las acciones tomadas antes de que la recibimos. Usos y divulgaciones no específicamente permitidos por la ley aplicable se harán sólo con su autorización por escrito, que podrá ser revocada.

OTROS DERECHOS DE PRIVACIDAD QUE USTED PUEDE EJERCER

Usted tiene una variedad de derechos bajo HIPAA que usted puede ejercer. Para ejercer cualquiera de estos derechos, por favor envíe su solicitud por escrito a nuestra Oficial de Privacidad, Maureen Arnold, al 6150 Sunset Drive, Suite 200, South Miami, FL 33143.

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida. Usted puede pedirnos que restringemos el uso o divulgación de PHI para operaciones de atención médica, restringir la divulgación a personas involucradas en el cuidado de la salud del individuo, o el pago de servicios de salud, y nosotros podemos decir "no" si la restricción afectaría a su cuidado. Usted puede pedirnos que limitemos las divulgaciones realizadas para notificar a miembro de la familia u otras personas sobre su condición o ubicación. No estamos obligados a aceptar estas restricciones. Si estamos de acuerdo, debemos honrar ese acuerdo (excepto en ciertas situaciones de emergencia). Tampoco estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que la solicitud es para restringir la divulgación de PHI a un plan de salud con el propósito de llevar a cabo las operaciones de pago o asistencia médica, y el PHI se refiere a un elemento de la atención de salud o servicio que usted pagó por propia cuenta, y / o menos que una ley nos obliga a compartir esa información.
- El derecho a solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida. Por ejemplo, puede que desee ser contactado solo en casa y no en el trabajo, o viceversa, o sólo en una dirección o número de teléfono específico. Vamos a hacer todo lo posible para acomodar las solicitudes razonables, y tenemos la obligación de cumplir si usted nos dice que el incumplimiento puede ponerle en peligro.
- Usted puede inspeccionar y recibir una copia electrónica o imprimida de la información de salud protegida en nuestros archivos que puede utilizarse para tomar decisiones sobre su atención. Su derecho a inspeccionar y recibir PHI será restringido solamente en circunstancias excepcionales, incluyendo aquellas situaciones en que hay pruebas convincentes de que el acceso podría causar serios daños a usted. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo de las copias y generalmente se le proporcionará dicha información dentro de los 30 días de su solicitud.
- Si lo desea, puede recibir un informe de las divulgaciones de información de salud protegida que hemos hecho. Vamos a incluir todas las divulgaciones excepto aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos ha solicitado hacer). Podemos cobrarle una tarifa razonable si solicita más de una contabilidad en cualquier período de 12 meses.
- Incluso si usted ha aceptado recibir avisos de privacidad electrónica, puede pedir una copia imprimida de cualquier aviso. Le proveeremos con una copia en papel con prontitud.
- Usted puede solicitar la modificación de cualquier información de salud protegida que usted considera inexacta, aunque no estamos obligados a aceptar la enmienda. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días de su solicitud.
- Si usted ha dado a alguien poder médico o si alguien es su custodio legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.

QUEJAS DE PRIVACIDAD

Si usted tiene una queja sobre cuestiones de privacidad, por favor háganoslo saber. Usted tiene derecho a presentar una queja si usted cree que sus derechos han sido violados y puede presentar una queja por escrito a nuestra Oficial de Privacidad, Maureen Arnold, al 6150 Sunset Drive, Suite 200, South Miami, FL 33143.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos. Usted encontrará información sobre el procedimiento de quejas sobre HIPAA en su página de web: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

Usted puede llamar al número gratuito de asistencia al: 1-800-368-1019.

No tomaremos represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja de privacidad.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene alguna pregunta, o necesita más información o desea hacer una denuncia sobre su privacidad, por favor póngase en contacto con nuestra Oficial de Privacidad, Maureen Arnold, de la siguiente manera:

Número de teléfono: (786) 439-1146

Por Correo: 6150 Sunset Drive, Suite 200, South Miami, FL 33143

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de Gonzalez & Perez, M.D., P.A.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre escrito: _____

PARA USO DE LA OFICINA

Se intentó obtener una confirmación escrita de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero el reconocimiento no se pudo obtener debido a que:

_____ El paciente se negó a firma el reconocimiento de recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad

_____ Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación

_____ Otra razón:

Fecha: _____

Firma de Empleado/a: _____

Nombre Escrito de Empleado/a: _____