



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información.

Por favor, revíselo cuidadosamente.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o impresa de su historia clínica	<p>Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacerlo.</p> <p>Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.</p>
Pídanos que corriamos tu historia clínica	<p>Puede pedirnos que corriamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.</p> <p>Es posible que le digamos "no" a su solicitud, pero le diremos por escrito el motivo en un plazo de 60 días.</p>
Solicite comunicaciones confidenciales	<p>Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, el teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.</p> <p>Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.</p>
Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos	<p>Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.</p> <p>No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.</p> <p>Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud.</p> <p>Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.</p>

Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
 - Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Le proporcionaremos un informe anual gratuito, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra dentro del periodo de 12 meses.
-

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.
-

Elija a alguien para actuar en su representación

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
 - Verificaremos que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
-

Presente una queja si siente que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos utilizando la información de contacto en la contrapartada.
 - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
 - No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
-

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la elección de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartamos información en una situación de socorro en caso de desastre
- Incluyamos su información en el directorio de un hospital

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- La mayoría de las notas de psicoterapia compartidas

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que nos pongamos en contacto con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no volvamos a ponernos en contacto con usted.

Nuestros usos y divulgación

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Tratarlo

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para gestionar nuestra clínica, mejorar su atención médica y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que este cubra los servicios.

Continúa en la página siguiente

Nuestros usos y divulgación

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, véase:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con problemas de salud pública y seguridad

- Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayudar con las retiradas de productos
 - Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
 - Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investigar

- Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos.

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o gestor de servicios funerarios

- Podemos compartir información de salud con un médico legal, un médico forense o un gestor de servicios funerarios cuando una persona muere.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir su información de salud:
 - Para reclamos de compensación para trabajadores
 - Con fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
 - Con los organismos de control de la salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pudiera haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

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

Cambios a los términos de este aviso

- Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Randall K Tozer MD PC- DBA Tozer Lee Eye Center

9811 N. 95th St. Suite 101, Scottsdale, AZ 85258
480-947-4493

Aviso de Practicas de Privacidad

Yo _____ por la presente confirmo que he leído el “Aviso de prácticas de privacidad” de Tozer Lee Eye Center y entiendo que puedo solicitar una copia de las prácticas de privacidad. También entiendo que una copia electrónica está disponible en el sitio web de la empresa.

Firma del Paciente o Tutor

Número de Cuenta del Paciente

Fecha