

## Para Las Practicas Privadas

Este aviso describe como su información puede ser utilizada y revelada y como puede usted acceder a esta información. Por favor, revísela cuidadosamente.

En la Clínica, siempre hemos mantenido su información de salud de forma segura y confidencial. Una nueva ley nos exige que continuemos manteniendo su privacidad, le enviemos este aviso y sigamos los términos de este aviso.

La ley no permite que utilicemos o revelemos su información de salud a aquellos implicados en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su archivo por un doctor especialista que puede estar involucrado en sus cuidados.

La podemos usar para revelar su información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un reporte de su progreso a su compañía de salud.

Podemos usar o revelar su información de salud en nuestras operaciones regulares de cuidados de salud, por ejemplo, nuestro personal, puede introducir su información en nuestro computador.

Podemos compartir su información medica con nuestros asociados de negocios, como un servicio de facturación. Tenemos un contrato escrito con cada asociado de negocios, que requiere que protejan su privacidad.

Podemos usar su información para contactarle. Por ejemplo, podemos enviar boletines y otra información. También puede que queramos llamarle y recordarle de sus citas. Si usted no esta en casa, nosotros podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que responda al teléfono.

En caso de emergencia, podemos revelar su información de salud a un miembro de la familia o a otra persona responsable de su cuidado.

Podemos revelar parte o toda su información de salud cuando esto sea requerido por la ley.

Si nuestra practica es vendida, su información se convertirá en propiedad del nuevo dueño.

Excepto por lo que se describe arriba, esta practica no utilizara o revelara su información de salud sin su previa autorización escrita.

Usted puede pedir por escrito que no utilicemos su información de salud como se describe arriba. Le dejaremos saber si podemos cumplir con su petición.

Usted tiene el derecho a saber de cualquier uso o revelación que llevemos a cabo con su información de salud, mas allá de los usos normales.

Dado que necesitaremos ponernos en contacto con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o teléfono que usted prefiera.

Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su información de salud, con unas pocas excepciones. Preséntenos una solicitud por escrito con respecto a la información que desea ver. Si usted también quiere una copia de sus registros, puede que le carguemos una tarifa razonable por las copias.

Usted tiene el derecho de pedir una modificación o cambio de su información de salud. Entreguemos su petición para hacer los cambios por escrito. Su usted desea incluir una declaración en su archivo, por favor preséntela por escrito. Puede que realicemos o no realicemos los cambios que usted solicita, pero nos sentiremos complacidos de incluir su declaración en su archivo. Si estamos de acuerdo en una modificación o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos previos, sino que añadiremos nueva información.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de esto aviso.

Si cambiamos cualquiera de los detalles de este aviso, le notificaremos de los cambios por escrito.

Usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Ave. S.W., Room 509F, Washington, D.C. 20201. No habrá represalias por el hecho de que presente una queja.

Sin embargo, antes de presentar una queja, o para mas información o ayuda con respecto a la privacidad de su información de salud, por favor póngase en contacto con nuestra Funcionario de Privacidad.

Este aviso entra en efecto el 14 de abril de 2003.

**Reconocimiento:** He recibido una copia del aviso de la clínica Para las Practicas Privadas.

Fecha \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_ Nombre impreso \_\_\_\_\_

Si esta firmando como padre o guardián, por favor anote el nombre del paciente \_\_\_\_\_