

HIPAA NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

PEDIATRIC EAR, NOSE AND THROAT OF ATLANTA , PC

Como es requerido por los reglamentos de privacidad creados como resultado del Acta de la Portabilidad y la Responsabilización de las Aseguranzas de Salud de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés)

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION SOBRE SU SALUD (COMO UN PACIENTE DE ESTA OFICINA) PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A SU INFORMACION DE SALUD INDIVIDUAL IDENTIFICABLE. FAVOR DE ESTUDIAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE

A. NUESTRA DEDICACION A SU PRIVACIDAD

Nuestra oficina está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud individual identificable (IIHI por sus siglas en inglés). Al manejar nuestra práctica, crearemos archivos sobre usted y sobre los tratamientos y servicios que recibe. Estamos obligados por la ley el mantener la confidencialidad de la información de salud que identifica a su persona.. También estamos obligados por la ley el proveerle este aviso respecto a nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en su práctica respecto a su IIHI. Bajo las leyes federales y estatales, tenemos que atenernos a las condiciones del aviso de las prácticas de privacidad que están en vigencia en ese momento.

Reconocemos que estas leyes son complicadas, pero tenemos que proveerle la siguiente información importante:

- Cómo podemos utilizar y divulgar su IIHI
- Sus derechos de privacidad en su IIHI
- Nuestras obligaciones respecto al uso y la divulgación de su IIHI

Los términos de este aviso se aplican a todos los archivos conteniendo su IIHI que son creados y llevados por nuestra oficina. Reservamos el derecho de modificar o enmendar este Aviso Acerca de las Prácticas de Privacidad. Cualquier modificación o enmienda a este aviso entrará en vigor para todos los archivos que nuestra oficina haya creado o llevado en el pasado, y para cualquier record que podamos crear o llevar en el futuro. Nuestra oficina situará una copia del Aviso en vigencia en una ubicación siempre visible en nuestras oficinas, y usted puede pedir una copia del Aviso más actual en cualquier momento.

B. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTE AVISO, COMUNIQUESE CON:

Privacy Official, Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C. 5455 Meridian Mark Road, Suite 130, Atlanta, GA 30342
Teléfono: 404.255.2033

C. PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD INDIVIDUAL IDENTIFICABLE (IIHI) DE LAS SIGUIENTES MANERAS:

Las siguientes categorías describen maneras diferentes en las cuales podemos utilizar o divulgar su información de salud identificable.

1. Tratamiento. Nuestra oficina puede utilizar su IIHI para darle tratamiento. Por ejemplo, puede que le pidamos que se haga exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre y orina), y puede que utilicemos aquellos resultados para ayudarnos a diagnosticarlo. Puede que utilicemos su IIHI para escribirle una receta médica, o quizás podríamos divulgar su IIHI a la farmacia cuando le ordenamos una receta médica. Muchas de las personas que trabajan para nuestra oficina – incluyendo a los doctores y las enfermeras- podrían utilizar o divulgar su IIHI para otorgar tratamiento o para ayudarle a otros en su tratamiento. También, puede que divulguemos su IIHI a otros que podrían darle asistencia en su cuidado , como su cónyugue, hijos, o padres.

Finalmente, puede que también divulguemos su IIHI a otros proveedores del cuidado de la salud para propósitos relacionados con su tratamiento.

2. Pago . Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su IIHI para facturar o cobrar por los servicios y artículos que recibe de nosotros. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su aseguranza de salud para certificar que tiene derecho a beneficios (y para qué gama de beneficios), y podemos proveerle detalles a su aseguranza respecto a su tratamiento para determinar si su aseguranza lo cubrirá, o pagará por su tratamiento. También puede que utilicemos o divulguemos su IIHI para obtener pago de terceros, quienes podrían ser responsables por los gastos, tales como miembros de su familia. También podemos utilizar su IIHI para cobrarle directamente por servicios y artículos. Puede que también divulguemos su IIHI a otros proveedores y entidades del cuidado de la salud para asisitirlos en sus esfuerzos en lo que se refiere a facturar y colección de pagos.

3. Operaciones del Cuidado de la Salud . Nuestra oficina puede utilizar su IIHI para llevar a cabo la operación de nuestro negocio. Ejemplos de cómo podríamos utilizar y divulgar su información para efectuar nuestras operaciones serían si nuestra oficina usa su IIHI para evaluar la calidad del cuidado de salud que recibió por parte de nosotros, o para efectuar actividades para administrar costos o planes de negocios para nuestra oficina. Puede que también divulguemos su IIHI a otros proveedores y entidades del cuidado de la salud para asisitirlos en sus operaciones del cuidado de la salud.

4. Recordarle las Citas, Actividades de su Factura, Resultados de Pruebas de Laboratorio y Diagnósticos . Nuestra consulta puede utilizar y divulgar su IIHI para comunicarse con usted y recordarle que tiene una cita, and para hablar de sus factura, resultados de pruebas de laboratorio y diagnósticos.

5. Opciones de otros Tratamientos . Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su IIHI para informarle sobre opciones potenciales de tratamientos u otras alternativas.

6. Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud . Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su IIHI para informarle sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle a usted.

7. Revelar su Información a Familia/Amistades . Nuestra oficina puede revelar su IIHI a una amistad o a un familiar que esté involucrado en su cuidado, o quien ayuda a cuidarlo. Por ejemplo un padre o guardián puede pedirle a la niñera que lleve al niño a la oficina de un pediatra para el tratamiento de un resfrío. En este ejemplo, la niñera puede que tenga acceso a la información médica del niño.

8. Divulgación Requerida por la Ley: Esta oficina utilizará y divulgará su IIHI cuando las leyes federales, estatales o locales nos obliguen a hacerlo.

9. Cuestionario Acerca De Su Satisfaccion . Esta consulta puede utilizar su IIHI para enviarle a usted, periodicamente, un cuestionario acerca de su satisfaccion, a menos que usted nos instrucionne que no le mandemos estos cuestionarios . Nuestra consulta contrata con una compania que se dedica a hacer este tipo de cuestionario, y nos provee los resultados de tales.

D. UTILIZACION Y DIVULGACION DE SU IIHI EN CIERTAS CIRUNSTANCIAS ESPECIALES

Las siguientes categorías describen situaciones extraordinarias en las cuales podemos utilizar o revelar su información de salud identificable:

1. Riesgos de Salud Pública . Nuestra oficina puede divulgar su IIHI a las autoridades de la salud pública que están autorizadas por ley para juntar información para el propósito de:

- Mantener registros vitales, tales como nacimientos y fallecimientos
- Reportar abuso o abandono de niños
- Prevenir o controlar una enfermedad, lesión, o incapacidad
- Notificar a una persona respecto a la exposición potencial de una enfermedad contagiosa
- Notificar a una persona respecto a un riesgo potencial de comunicar o contraer una enfermedad o condición
- Reportar reacciones a ciertas drogas o problemas con productos o aparatos
- Notificarle a individuos si un producto o aparato que están usando ha sido revocado del mercado
- Notificar a la(s) agencia(s) gubernamental(es) apropiada(s) respecto al abuso o abandono potencial de un paciente adulto (incluyendo la violencia doméstica); sin embargo, solamente revelaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si estamos obligados o autorizados por ley el divulgar esta información

- Notificar a su patrón, bajo circunstancias limitadas, relacionadas principalmente a una lesión que ocurrió en el trabajo o enfermedad o inspección médica.

2. Actividades de Vigilancia de Salud . Nuestra oficina puede divulgar su IIHI a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley. Actividades de vigilancia pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, acciones de licenciamiento y disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales u otras actividades necesarias para que el gobierno vigile programas gubernamentales, acatamiento a las leyes de los derechos civiles y del sistema del cuidado de la salud en general.

3. Litigios legales y Trámites similares . Puede que nuestra oficina utilice y divulge su IIHI al responder a una orden de la corte o administrativa, si usted está involucrado en una demanda legal o un proceso similar. También podríamos divulgar su IIHI al responder a una revelación de pruebas, citación judicial, u otro proceso legal efectuado por terceros involucrados en la disputa, pero solamente si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud o para obtener una orden para proteger la información que terceros han solicitado.

4. Cumplimiento de la Ley . Podemos revelar el IIHI si nos lo es solicitado por un oficial del cumplimiento de la ley:

- Respecto a una víctima de un crimen en ciertas situaciones si no podemos obtener el consentimiento de la persona
- Respecto a un fallecimiento que creamos haya sido el resultado de alguna conducta criminal
- Respecto a conducta criminal en nuestras oficinas
- En respuesta a una justificación, mandato, orden o citación judicial o algún trámite legal similar
- Para identificar/ ubicar a un sospechoso, testigo importante, fugitivo o persona desaparecida
- En una emergencia, para reportar un crimen (incluyendo la ubicación o la(s) víctima(s) del crimen, o la descripción, identidad, o ubicación del perpetrador)

5. Pacientes Fallecidos . Nuestra oficina puede revelar el IIHI a un examinador médico o investigador para identificar al individuo fallecido o para identificar la causa de muerte. Si es necesario, también podríamos revelar información para que un director de una funeraria pueda desempeñar su trabajo.

6. Donación de Organos y Tejidos . Nuestra oficina puede revelar su IIHI a organizaciones que manejan la adquisición o el trasplante de organos, ojos o tejidos, incluyendo los bancos de donaciones de organos, como sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de organos o tejidos si usted es un donante de organos.

7. Investigaciones . Puede que nuestra oficina utilice y divulge su IIHI para propósitos de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para utilizar su IIHI para propósitos de investigación excepto cuando un IRB o Junta de privacidad ha determinado que la dispensa de su autorización satisface lo siguiente: (i) el uso o divulgación involucra no más que un mínimo riesgo a la privacidad de un individuo, basado en lo siguiente: (A) un plan adecuado para proteger a los identificadores del uso o divulgación inapropiados; (B) un plan adecuado para destruir a los identificadores a la más temprana oportunidad consistente con la investigación (a menos de que haya una justificación de salud o de investigación para retener los identificadores o si dicha retención es de otro modo requerida por la ley; y (C) garantías adecuadas y por escrito que el PHI no volverá a ser utilizado o divulgado a ninguna otra persona o entidad (excepto cuando la ley lo requiere) para la inclusión autorizada en estudios de investigación, o en otras investigaciones para las cuales el uso o divulgación serían permitidas de otro modo; (ii) el estudio no podría ser conducido prácticamente sin la dispensa, y (iii) el estudio no podría ser conducido prácticamente sin acceso al o uso del PHI.

8. Amenazas Serias a la Salud o Seguridad . Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su IIHI cuando sea necesario para disminuir o prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otro individuo o del público. Bajo estas circunstancias, solamente le haríamos la divulgación a la persona u organización capaz de ayudarnos a prevenir la amenaza.

9. Militares . Nuestra oficina puede divulgar su IIHI si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas de E.U. o de otro país (incluyendo veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.

10. Seguridad Nacional . Nuestra oficina puede divulgar su IIHI a oficiales federales para actividades de seguridad nacional e información secreta autorizadas por la ley. También podemos divulgar su IIHI a oficiales federales para proteger al Presidente, a otros oficiales o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones.

11. Presos . Nuestra oficina puede divulgar su IIHI a instituciones correccionales o a oficiales del cumplimiento de la ley si usted es un preso o si está bajo la custodia de un oficial de la ley. La divulgación para estos propósitos sería necesaria: (a) para que la institución le provea servicios del cuidado de la salud a usted, (b) para la seguridad y protección de la institución, y/o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros individuos.

12. Compensación al Trabajador . Nuestra oficina puede revelar su IIHI al programa de compensación al trabajador o a programas similares.

E. SUS DERECHOS RESPECTO A SU IIHI

Usted tiene los siguientes derechos respecto al IIHI que llevamos sobre usted:

1. Comunicaciones Confidenciales . Usted tiene el derecho a pedir que nuestra oficina se comunique con usted respecto a los asuntos sobre su salud y aquellos relacionados con ella, de una cierta manera o en una cierta ubicación. Por ejemplo, nos puede pedir que nos comuniquemos con usted en su casa en vez de en su trabajo. Para solicitar alguna comunicación confidencial, debe hacer una solicitud por escrito a Privacy Official, Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C., 5455 Meridian Mark Road, Suite 130, Atlanta, GA 30342, (404) 255-2033 especificando el método de contacto que quiere, o la ubicación dónde desea ser contactado. Nuestra oficina se acomodará a todas las solicitudes razonables. No necesita darnos una razón por su solicitud.

2. Solicitud de Restricciones: Usted tiene derecho a pedir que pongamos una limitación en el uso o divulgación de su IIHI para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Además, tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgación de su IIHI a solamente ciertos individuos involucrados con su cuidado o con el pago de su cuidado, tales como familiares o amistades. No estamos obligados a asentir con su solicitud; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos sujetos a nuestro convenio excepto cuando lo contrario sea requerido por ley, en emergencias, o cuando la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento. Para pedir limitaciones en el uso o divulgación de su IIHI, deberá hacerlo por escrito dirigiéndose a Privacy Official, Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C., 5455 Meridian Mark Road, Suite 130, Atlanta, GA 30342, (404) 255-2033. Su solicitud debe describir en forma clara y concisa:

- a. La información que desea restringir;
- b. Si la restricción es para limitar el uso en nuestra oficina, en la divulgación, o en ambos casos
- c. A quién quiere que sean aplicable los límites o las restricciones

3. Inspección y Copias . Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia del IIHI que se utiliza para tomar decisiones sobre su persona, incluyendo los archivos médicos y las facturas en su ficha médica, pero no incluyendo apuntes de psicoterapia. Deberá someter su solicitud por escrito a Privacy Official, Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C., 5455 Meridian Mark Road, Suite 130, Atlanta, GA 30342, (404) 255-2033 para poder inspeccionar y/u obtener una copia de su IIHI. Puede que nuestra oficina le cobre un cargo para cubrir los gastos de copiar, enviar, de la labor y de las provisiones asociadas con su solicitud. Nuestra oficina puede rechazar su solicitud para inspeccionar y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede pedir que revisemos el rechazo. Las revisiones serán ejecutadas por otro profesional licenciado del cuidado de la salud, seleccionado por nosotros.

4. Enmiendas . Puede pedirnos que corrijamos su información de salud si cree que está incorrecta o incompleta, y puede pedirnos una enmienda o corrección mientras la información esté siendo llevada por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, la solicitud debe someterse por escrito y ser dirigida a Privacy Official, Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C., 5455 Meridian Mark Road, Suite 130, Atlanta, GA 30342, (404) 255-2033. Debe darnos una razón que apoye su solicitud para una enmienda o corrección. Nuestra oficina rechazará su solicitud si usted no somete su solicitud (y la razón apoyando su solicitud) por escrito. También podemos rechazar su solicitud si usted nos pide que modifiquemos alguna información que es, en nuestra opinión, (a) correcta y completa; (b) no es parte del IIHI llevado por o para la oficina; (c) no es parte de un IIHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (d) que no fue creado por nuestra oficina, a menos que el individuo o la entidad que creó la información no está disponible para corregir la información.

5. Informe de Divulgaciones . Todos nuestros pacientes tienen el derecho de pedir un “informe de divulgaciones”. Un “informe de divulgaciones” es una lista de ciertas divulgaciones que nuestra oficina ha hecho con su IIHI. Para obtener un informe de divulgaciones, deberá someter su solicitud por escrito dirigiéndose a Privacy Official, Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C., 5455 Meridian Mark Road, Suite 130, Atlanta, GA 30342, (404) 255-2033. Todas las solicitudes para un “informe de divulgaciones” deben contener un plazo que no puede ser más de seis (6) años desde la fecha de la divulgación y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril, 2003. La primera lista que usted pida dentro de un período de 12 meses es gratis, pero nuestra oficina le puede cobrar por listas adicionales durante un mismo período de 12 meses. Nuestra oficina le informará de los gastos relacionados con las solicitudes adicionales, y puede retirar su solicitud antes de incurrir algún gasto.

6. Derecho a una Copia Impresa de este Aviso . Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso acerca de las prácticas de privacidad. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia **impresa**

de este aviso, contacte a **Privacy Official, Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C., 5455 Meridian Mark Road, Suite 130, Atlanta, GA 30342, (404) 255-2033.**

7. Derecho a Registrar una Queja . Si usted cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede registrar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para registrar una queja con nuestra oficina, diríjase a **Privacy Official, Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C., 5455 Meridian Mark Road, Suite 130, Atlanta, GA 30342, (404) 255-2033.** Todas las quejas deberán ser sometidas por escrito. **No será penalizado por registrar una queja.**

8. Derecho a Proporcionar una Autorización para otros Usos y Divulgaciones . Nuestra oficina obtendrá una autorización escrita para usos y divulgaciones que no están identificadas en este aviso o que son permitidas por las leyes aplicables. Cualquier autorización que usted nos proporcione respecto al uso y divulgación de su IIIHI puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, ya no utilizaremos o divulgaremos su IIIHI por las razones descritas en la autorización. Favor de tomar nota que estamos obligados a mantener archivos acerca de la atención proporcionada.

Nuevamente, si tiene cualquier pregunta acerca de este aviso o sobre nuestra política de la privacidad de la información acerca de su salud, favor de comunicarse con **Privacy Official, Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C., 5455 Meridian Mark Road, Suite 130, Atlanta, GA 30342, (404) 255-2033.** **Privacy Official, 5455 Meridian Mark Road, Suite 130 , Atlanta , GA 30342 , Phone: 404. 255.2033.**