

# Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor revísela con atención.**

La información de salud protegida (PHI) sobre usted se mantiene como un registro escrito y/o electrónico de sus contactos o visitas para servicios de atención médica con ReEvolve, LLC. Específicamente, la PHI es información sobre usted, incluida la información demográfica (nombre, dirección, teléfono, etc.) que puede identificarlo y se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

Se requiere que ReEvolve, LLC siga reglas específicas para mantener la confidencialidad de su PHI, usar su información y divulgar o compartir esta información con otros profesionales de la salud involucrados en su atención y tratamiento. Este Aviso describe sus derechos para acceder y controlar su PHI. También describe cómo seguimos las reglas aplicables y usamos y divulgamos su PHI para brindar su tratamiento, obtener el pago por los servicios que recibe, administrar nuestras operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley.

## **Sus derechos de información médica**

**Inspeccionar y copiar:** Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que mantenemos sobre usted en nuestro conjunto de registros designado durante el tiempo que mantengamos esa información. Este conjunto de registros designado incluye sus registros médicos y de facturación, así como cualquier otro registro que usemos para tomar cualquier decisión sobre usted. Cualquier nota de psicoterapia que pueda haber sido incluida en los registros que recibimos sobre usted no está disponible para su inspección o copia por ley. Es posible que le cobremos una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros utilizados para cumplir con su solicitud.

Si desea inspeccionar o copiar su información médica, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro gerente de práctica. Puede enviar su solicitud por correo o traerla a nuestra oficina. Tendremos 30 días para responder a su solicitud de información que mantenemos en nuestro sitio de práctica. Si la información se almacena fuera del sitio, se nos permite hasta 60 días para responder, pero debemos informarle de este retraso.

**Solicitar enmienda:** Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica si cree que está incompleta o es inexacta. Debe hacer esta solicitud por escrito a nuestro gerente de práctica, indicando exactamente qué información está incompleta o inexacta y el razonamiento que respalda su solicitud. Responderemos por escrito dentro de los 60 días posteriores a su solicitud.

Se nos permite denegar su solicitud si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. También podemos denegar su solicitud si:

- La información no fue creada por nosotros, o la persona que la creó ya no está disponible para hacer la enmienda;
- La información no es parte del registro que se le permite inspeccionar y copiar

- La información no es parte del conjunto de registros designado que mantiene esta práctica, o si el proveedor de atención médica opina que la información es precisa y completa

Responderemos dentro de los 60 días, por escrito, explicando que la solicitud fue aceptada o denegada.

**Solicitar un medio alternativo de comunicación confidencial:** Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos utilizando un método alternativo (correo electrónico, teléfono etc.) a un destino (número de teléfono celular, dirección alternativa etc.) designado por usted. Debe informarnos por escrito, utilizando un formulario proporcionado por nuestra práctica, cómo desea que nos comuniquemos con usted si no es la dirección / número de teléfono que tenemos en el archivo. Seguiremos todas las solicitudes razonables.

**Solicitar una restricción de su PHI:** Esto significa que tiene derecho a solicitarnos, por escrito, que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si estamos de acuerdo con la restricción solicitada, la cumpliremos, excepto en circunstancias de emergencia cuando la información sea necesaria para su tratamiento. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud de restricción. Tendrá derecho a solicitar por escrito, que restrinjamos la comunicación con su plan de salud con respecto a un tratamiento o servicio específico que usted, o alguien en su nombre, haya pagado en su totalidad, de su bolsillo. No se nos permite negar este tipo específico de restricción solicitada.

**Un informe de la divulgación:** Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su información médica que hemos realizado fuera de nuestra práctica que no fueron para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Su solicitud debe hacer por escrito y debe indicar el período de tiempo para la información solicitada. No puede solicitar información para fechas superiores a seis años (nuestra obligación legal de retener información).

Su primera solicitud de una lista de divulgaciones dentro de un período de 12 meses será gratuita. Si solicita una lista adicional dentro de los 12 meses posteriores a la primera solicitud, podemos cobrarle una tarifa por los costos de proporcionar la lista siguiente. Acomodaremos todas las solicitudes razonables.

**Una copia impresa de este aviso:** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita. Puede obtener una copia preguntando a nuestra recepcionista en su próxima visita llamando y pidiéndonos que le enviemos una copia por correo.

**Presentar una queja:** Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad de la información médica, tiene derecho a presentar una queja ante nosotros o directamente al Secretario de Salud y Servicios Humanos.

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
1-877-696-6775  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

**Autorizar otro uso y divulgación:** Tiene derecho a autorizar cualquier uso o divulgación de PHI que no se especifique en este aviso. Por ejemplo, necesitaríamos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines de marketing, para la mayoría de los usos o divulgaciones de notas de psicoterapia, o si pretendemos vender su PHI. Puede revocar una autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su proveedor de atención médica, o nuestra práctica, haya tomado una acción en base al uso o divulgación indicados en la autorización.

Podemos comunicarse con usted para brindarle información sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud que ofrece nuestra oficina, para actividades de recaudación de fondos, compartir información en una situación de socorro en caso de desastre, incluir su información en un directorio del hospital o con respecto a un plan de salud grupal, para divulgar información al patrocinador del plan de salud. Tendrá derecho a optar por no recibir dichos avisos especiales, y cada uno de dichos avisos incluirá instrucciones para excluirse.

### **Formas en las que podemos usar y divulgar su información médica protegida**

Los siguientes párrafos describen las diferentes formas en que usamos y divulgamos su información médica protegida. Hemos proporcionado un ejemplo para cada categoría, pero estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos. Le aseguramos que todas las formas en que se nos permite usar y divulgar su información médica se encuentran dentro de una de estas categorías.

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. También divulgaremos su información médica a otros médicos que pueden estar tratando con usted. Además, de vez en cuando podemos divulgar su información médica a otro médico a quien hayamos solicitado que participe en su atención. Por ejemplo deberíamos divulgar su información médica a un especialista a quien le hemos derivado para un diagnóstico que le ayude en su tratamiento.

**Operaciones de atención médica:** Utilizaremos y divulgaremos su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales de nuestra práctica. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para revisar y evaluar nuestro tratamiento y servicios o para evaluar el desempeño de nuestro personal mientras lo atiende. Además, podemos divulgar su información médica a socio comerciales externos que realizan servicios de facturación, consultoría o transcripción para nuestra práctica.

**Pago:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para obtener el pago de los servicios de atención médica que le brindamos. Por ejemplo, podemos incluir información con una factura a un tercero pagador que lo identifique, su diagnóstico, los procedimientos realizados y los suministros utilizados para brindar el servicio.

### **Otras formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida**

**Salud pública:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida en ciertas situaciones para ayudar con problemas de salud pública y seguridad. Algunas de las situaciones incluyen:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

**Investigación:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida a los investigadores siempre que la investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecidos protocolos para garantizar la privacidad de su información médica.

**Según lo requiera la ley:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Se le notificará e dichas divulgaciones.

**Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos:** También se nos permite usar o divulgar su PHI sin su autorización por escrito para los siguientes propósitos:

- Para cumplir con los requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos
- Procedimientos legales
- Médicos forenses
- Directores de funerarias
- Donación de órganos
- Actividad criminal
- Actividad militar
- Seguridad nacional
- Compensación al trabajador
- Cuando un recluso está en una instalación correccional
- Si lo solicita el Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad.

### **Nuestras responsabilidades**

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Al firmar este formulario, reconoce que le informó sobre el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA. Nuestra Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información protegida. Le animamos a leerlo en su totalidad. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Puede solicitar una copia del Aviso de privacidad.

---

Firma

---

Fecha