

# Notificación Prácticas de Privacidad



**Tu información. Sus Derechos. Nuestras responsabilidades. Esta Notificación describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede acceso a esta información.**

**Por favor lea esto cuidadosamente.**

Si usted tiene alguna pregunta en relación con la información contenida en esta notificación, deberá comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad y Cumplimiento.

## Sus Derechos:

Usted tiene el derecho a:

- Inspeccionar y/ u Obtener una copia en papel o electrónica de su expediente clínico (médico)
- Correcciones de su expediente médico/clínico (papel o electrónico)
- Solicitar Comunicación confidencial
- Pedir limitar la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

## Sus elecciones:

Usted puede escoger algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información tales como:

- Decir cuál de sus amigos y familia podemos informa de su condición
- Proveer ayuda humanitaria
- Incluir a usted en un directorio del Instituto
- Proveer para los servicios de salud mental Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

## Nuestros usos y divulgaciones:

Podemos usar y compartir su información como:

- Para Tratamiento
- Para Operaciones de Cuidado de nuestra organización
- Para pago sus servicios
- Ayudar con problemas de salud pública y seguridad
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Donaciones de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Compensación Trabajadores , la policía, requeridas por ley, y otras solicitudes de los gobiernos
- Responder a las demandas y acciones legales

## I. SUS DERECHOS CON RELACIÓN A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU SALUD

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

### Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico:

- Usted puede pedir ver (inspeccionar) u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente clínico y otra información médica que tenemos sobre usted. Consúltenos cómo hacerlo.
- Nosotros le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, dentro del término establecido por ley Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

### Consúltenos para corregir su expediente médico:

- Usted puede pedir que corrijamos la información médica acerca de usted que usted cree que es incorrecta o incompleta. Consúltenos cómo hacerlo.
- Se puede decir "no" a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito dentro de los 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, su domicilio o teléfono de la oficina), o enviar un correo a una dirección diferente.
- Vamos a decir " sí" a todas las solicitudes razonables.

### Consúltenos para limitar lo que usamos o compartimos:

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago, o las operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y se puede decir "no" si afectaría a su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o artículo médico privado en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o de las operaciones de su compañía de seguros de salud. Vamos a decir "sí " a menos que la ley nos obliga a compartir esa información.

### Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información:

- Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud para los seis años anteriores a la fecha en que solicite, que compartimos con, y por qué.

- Vamos a incluir todas las divulgaciones, excepto para aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención de salud, y ciertas otras informaciones (como cualquiera que nos pida que haga). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si pide otra dentro de los 12 meses.

### Obtener una copia de este aviso de privacidad:

Usted puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación electrónica. Nosotros le proporcionaremos con una copia en papel con prontitud.

### Elegir a alguien para que lo represente:

- Si usted ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene la autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

### Presentar una queja si considera que sus derechos son violados:

- Usted puede presentar una queja, si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros con nuestro Oficial de Privacidad personalmente, llamando al 787-769-2477 y/o someter su queja por escrito a la dirección indicada en la página 6 de este folleto.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles E.U. mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/quejas/](http://www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/quejas/).  
**No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

## II. SUS ELECCIONES

- Para obtener cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos la información en las situaciones que se describen a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones.
- En estos casos, usted tiene el derecho y opción para decirnos que información:
  - Compartir con su familia, amigos, u otras personas involucradas en su cuidado
  - Compartir en una situación de emergencia
  - Incluir en un directorio del Instituto

Si usted no es capaz de decirnos su preferencia por ejemplo, si pierde el conocimiento, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

- En estos casos, no compartimos su información, a menos que usted nos de permiso por escrito para:
  - Propósitos de Mercadeo
  - La venta de su información
  - Compartir información notas de psicoterapia
- En el caso de la recaudación de fondos:
  - Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero usted puede decirnos que no lo contactemos de nuevo.

### III. NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

#### • ¿Cómo se suele utilizar o compartir su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud en las siguientes maneras.

#### • Para tratamiento

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando. Ejemplo: Un médico que lo trate por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

#### • Para operaciones de cuidado

Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y ponerse en contacto con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos Información médica acerca de usted para manejar su tratamiento y servicios.

#### • Facturar/pagos por sus servicios

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para recibir el pago de sus servicios.

#### • ¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud?

Se nos permite o nos obliga a compartir su información de otras maneras - por lo general de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/comprension/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/comprension/consumers/index.html).

#### • Ayudar con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir la información sobre su salud para determinadas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con la retirada de productos
- Informar las reacciones adversas a los medicamentos
- Reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona

#### • Investigación

Podemos usar o compartir su información para la investigación en salud.

#### • Cumplir con la ley

Vamos a compartir información sobre usted cuando las leyes estatales o federales requieren que, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si se quiere ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

#### • Donaciones a los órganos y tejidos

Podemos compartir información sobre su salud con las organizaciones de adquisición de órganos.

#### • Médico forense o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de funeraria cuando muere una persona.

#### • Compensación de los trabajadores, la policía, y otras solicitudes de los gobiernos

Podemos usar o compartir información sobre su salud:

- Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores
- Por razones de orden público o con un agente de la ley
- Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como la seguridad nacional, fuerzas armadas y los servicios de protección presidenciales

#### • Responder a las demandas y acciones legales

Podemos compartir la información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

#### • Comprobante de Inmunización

Revelaremos comprobante de vacunación a una escuela que se requiere para tener antes de

admitir a un estudiante que ha accedido a la divulgación por parte de usted o su dependiente.

### IV. NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le haremos saber lo antes posible si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información distinta a la descrita aquí a menos que nos diga lo que podamos por escrito. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Haznos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/comprension/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/comprension/consumers/noticepp.html).

Dirección postal: P O Box 190990 Hato Rey Station San Juan, PR 00919-0990

Dirección física: Ave. 65 de Infantería #11310, Carolina PR 00985 (al lado del Centro Judicial de Carolina)

Tel: (787) 769-2477

Fax: (787) 276-0065

Email: [info@ojosypiel.com](mailto:info@ojosypiel.com)

#### Los cambios en las condiciones de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplican a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestro sitio web. [www.ojosypiel.com](http://www.ojosypiel.com) y nosotros le enviaremos (por correo) una copia a usted de ser solicitado.

Fecha de vigencia: 23 de septiembre de 2013

RM00500 NOTIFICACION PRIVACIDAD REV.9.1713