

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (AVISO DE HIPAA)**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísela con atención.

### **Tus derechos**

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

### **Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico:**

Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico u otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto. 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.

### **Pídanos que corrijamos su historial médico:**

Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que crea que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

### **Solicite comunicaciones confidenciales:**

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

### **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos:**

Si paga por un servicio o artículo de atención médica fuera del paquete en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información. Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.

### **Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información:**

Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicita, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 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 de inmediato.

### **Elija a alguien que actúe en su nombre:**

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. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presente una queja si cree que se violan sus derechos:**

Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros. 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, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

### **Tus opciones**

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

## **En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección de decirnos que:**

Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado. Comparta información en una situación de emergencia. Incluya su información en un directorio del 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 reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

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

Fines de mercadeo. Venta de su información. Compartir notas de psicoterapia.

## **En el caso de la recaudación de fondos:**

Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica? Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

### **Tratarle:**

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión, le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

### **Dirigir nuestra organización:**

Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: usamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

### **Factura por sus servicios:**

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras formas, generalmente de formas 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 propósitos. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Ayuda con problemas de salud y seguridad pública:**

Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como prevenir 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.

### **Hacer investigación:**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

### **Consentir con ley:**

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

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos:**

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

### **Trabaje con un médico forense o director de funeraria:**

Podemos compartir información médica con un médico forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

### **Abordar las solicitudes de compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales:**

Podemos usar o compartir información médica sobre usted para reclamos de compensación laboral, para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley, con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, para funciones gubernamentales especiales tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

### **Responder a demandas y acciones legales:**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

# Momentum Family Chiropractic

## **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las 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 la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- Para obtener más información, consulte:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://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 tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido.

**Información de contacto:** (nombre del Dr.), (correo electrónico del Dr.)

**Fecha de vigencia del aviso:** (fecha de hoy)

## **RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE AL AVISO de HIPAA**

### **Aviso al paciente**

Estamos obligados a ofrecerle una copia de nuestro aviso de HIPAA que establece cómo podemos usar y/o divulgar su información médica. Nuestro aviso de HIPAA y las políticas de la oficina contienen información sobre pagos, seguro médico, cobros y otra información importante.

### **Artículos Adicionales:**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1) ¿Podemos confirmar sus citas por correo electrónico, mensaje de texto o teléfono?        | Sí | No |
| 2) ¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? | Sí | No |
| 3) ¿Podemos discutir su condición con algún miembro de su familia?                          | Sí | No |

En caso afirmativo, proporcione los nombres: \_\_\_\_\_

### **Reconocimiento del Paciente:**

Reconozco y estoy de acuerdo con el aviso de HIPAA de esta oficina. Reconozco que he revisado el aviso de HIPAA y tengo derecho a obtener una copia impresa del aviso de HIPAA. Reconozco que puedo negarme a firmar este reconocimiento si lo deseo.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si es Representante Legal, Indique Relación

# Momentum Family Chiropractic

## **SÓLO PARA USO DE OFICINA:**

Hemos hecho todo lo posible para obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro aviso de HIPAA de este paciente, pero no se pudo obtener porque:

- el paciente se negó a firmar
- no pudimos comunicarnos con el paciente
- debido a una situación de emergencia no fue posible obtener una firma
- otro (proporcione detalles):

---

Nombre del Paciente

---

Nombre del Miembro del Personal

---

Firma del Miembro del Personal

---

Fecha