

AVISO DE POLITICAS DE PRIVACIDAD

*Este aviso describe como se podra utilizar y revelar su informacion medica y como se podra obtener acceso a esta informacion.
Favor de leer cuidadosamente.*

TRATAMIENTO

Estamos permitidos a utilizar y revelar su informacion medica aquellas personas involucradas en su tratamiento. Por ejemplo, el medico en esta practica es un especialista. Cuando brindamos tratamiento, podemos solicitar que su medico principal de atencion medica comparta su informacion medica con nosotros. Ademas, podemos proporcionarle a su medico principal de atencion medica sobre su condicion particular para que el o ella pueda tratarlo adecuadamente por otras condiciones medicas, si las hubiera

PAGO

Estamos permitidos a utilizar y revelar su informacion medica para facturar y cobrar el pago por los servicios brindados a usted. Por ejemplo, podemos completar un formulario de reclamo para obtener el pago de su asegurador o de HMO. Este formulario incluire informacion medica, tal como una descripcion del servicio medico proporcionado a usted, que su asegurador o el HMO necesita para aprobarnos el pago.

OPERACIONES PARA EL CUIDADO DE SALUD

Estamos permitidos a utilizar y revelar su informacion medica para propositos de las operaciones para el cuidado de salud, que son actividades que respaldan esta practica y aseguran que esa calidad de cuidado sea brindada. Por ejemplo, podemos pedirle a otro medico que revise las graficas y registros medicos de este consultorio para evaluar nuestro desempeño, de modo que podamos asegurarnos de que este consultorio unicamente proporciona la mejor atencion medica.

REVELACIONES QUE SE PUEDEN HACER SIN SU AUTORIZACION

Hay situaciones en las que la ley nos permite revelar o utilizar su informacion medica sin su autorizacion por escrito o la oportunidad de oponernos. En otras situaciones, solicitaremos su autorizacion por escrito antes de utilizar o revelar cualquier informacion de salud identificable sobre usted. Si elige firmar una autorizacion para revelar informacion, usted podra despues revocar dicha autorizacion, por escrito, para detener los usos y las revelaciones futuras. Sin embargo, cualquier revocacion no se aplicara a las revelaciones o usos ya realizados o tomados en virtud de esa autorizacion.

USOS ADICIONALES O REVELACIONES

- Salud Publica, Abuso o Negligencia y Supervision de la Salud
- Procedimientos Legales y Cumplimiento de la Ley
- Militar, Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia, Proteccion al Presidente
- Investigacion, Donacion de Organos, Medicos Forenses, Medicos Examinadores, y Directores de Funerarias

COMPENSACION AL TRABAJADOR

Estamos permitidos a revelar su informacion medica como lo es requerido por la ley de Texas de compensacion al trabajador.

RECLUSOS

Si usted es un recluso o se encuentra bajo la custodia de una agencia policiaca, estamos permitidos a revelar su informacion medica a la institucion correccional o un oficial de la ley. Este comunicado es autorizado para permitir que la institucion le brinde atencion medica, para proteger su salud o la salud y la seguridad de otros o para la proteccion y seguridad de la institucion.

REQUERIDO POR LA LEY

Estamos permitidos revelar su informacion medica cuando la revelacion sea requerida por la ley.

SUS DERECHOS BAJO REGLAMENTOS FEDERALES DE PRIVACIDAD

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos creo regulaciones destinadas a proteger la privacidad del paciente como lo exige la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Medico (HIPAA). Estas regulaciones crean varios privilegios que los pacientes pueden ejercer. No tomaremos represalias contra un paciente que ejerza sus derechos HIPAA.

RESTRICCIONES SOLICITADAS

Usted puede solicitar que restrinjamos o que limitemos la forma en que se utiliza o revele su informacion medica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atencion medica. NO tenemos que aceptar esta restriccion, pero si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud, excepto en circunstancias de emergencia.

Para solicitar una restriccion, envíe lo siguiente por escrito:

(a) La informacion a restringir, (b) que tipo de restriccion usted esta solicitando (es decir, sobre el uso de informacion, revelacion de informacion o ambas), y (c) a que persona se le estarian aplicando estos limites. Favor de enviar la solicitud a la direccion y a la persona que se indica a continuacion.

Usted tambien puede solicitar que limitemos la revelacion de informacion a familiares inmediatos, otros familiares o amigos personales cercanos que puedan o no estar involucrados en su cuidado.

RECIENDO COMUNICADOS CONFIDENCIALES POR MEDIOS ALTERNOS

Usted podra solicitar que le enviemos comunicaciones de informacion de salud protegida por medios alternos o a una ubicacion alternativa. Esta solicitud debera hacerse por escrito a la persona que se indica a continuacion. Estamos obligados a acomodar solo las solicitudes razonables. Favor de especificar en su correspondencia exactamente como desea que nos comuniquemos con usted y si usted desea que lo enviemos a un lugar determinado, incluya la informacion del contacto / direccion.

INSPECCION Y COPIA DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Usted puede inspeccionar y/o copiar la informacion medica que se encuentra dentro del set de registro designado, el cual es la informacion que se utiliza para tomar decisiones sobre su atencion medica. La ley de Texas requiere que la solicitud de inspeccion de su informacion de salud tambien se haga por escrito. Por favor envíe su solicitud a la persona que se nombra abajo.

Nosotros podremos negarnos a proporcionar alguna informacion que usted solicite a inspeccionar o que usted solicite que sea copiada, si la informacion:

- Incluye notas de psicoterapia
- Incluye la identidad de la persona que proporciono promesa de informacion de confidencialidad
- Esta sujeta a las Enmiendas de Mejoras al Laboratorio Clinico de 1988
- Ha sido compliado en prevision de litigos

Nosotros podremos negarnos a proporcionar acceso a o copias de alguna informacion por otras razones, siempre que proporcionemos una revision de nuestra decision sobre su solicitud. Cualquier otro proveedor de atencion medica con licencia que no haya participado en la decision anterior de negar el acceso realizara dicha revision. La ley de Texas requiere que estemos listos para proporcionar copias o un narrativo dentro de los 15 dias de su solicitud. Le informaremos cuando los registros esten listos o si creemos que el acceso debera ser limitado. Si negamos el acceso, le informaremos por escrito. HIPAA nos permite cobrar una tarifa razonable basada en el costo. El Consejo Estatal de Medicos Examinadores del Estado de Texas (TSBME) ha establecido limites a las tarifas para copias de registros medicos que, bajo algunas circunstancias, podran ser mas bajas a los costos establecidos por HIPAA. En cualquier de los casos, se cobrara el precio bajo permitido por HIPAA o el precio permitido por TSBME se cobrara.

ENMIENDA DE INFORMACION MEDICA

Usted podra solicitar una enmienda de su informacion medica en el registro establecido designado. Cualquier solicitud de este tipo debera hacerse por escrito a la persona abajo indicada. Nosotros responderemos dentro de los 60 dias de su solicitud. Nosotros podremos negar una enmienda si la informacion:

- No fue creada por este consultorio o ni por los medicos que en ella consultan.
- No es parte del Set de Registros Designados.
- No se encuentra disponible para inspeccion debido a una negacion apropiada.
- Es precisa y completa.

Incluso si rechazamos permitir una enmienda, se le permitira incluir una declaracion del paciente sobre la informacion en cuestion de su registro medico. Si rechazamos permitir una enmienda, le informaremos por escrito. Si aprobamos la enmienda, le informaremos por escrito, permitiremos que se haga la enmienda y le diremos a otros que sabemos que tenemos la informacion incorrecta.

INFORME DE CIERTAS REVELACIONES

Las regulaciones de privacidad de HIPAA le permiten a usted solicitar y a nosotros proporcionar, un informe de revelaciones que son para otras causas ademas de tratamiento, pago operaciones de atencion medica o realizadas mediante una autorizacion firmada por usted o su representante. Favor de enviar cualquier solicitud para un informe de revelacion a la persona nombrada abajo. Su primer informe de revelaciones (dentro de un periodo de 12 meses) sera gratuito. Para solicitudes adicionales dentro de ese periodo, se nos permite cobrar por el costo de proporcionar la lista. Si hay un cargo, se lo notificaremos y usted puede optar por cancelar o modificar su solicitud antes de que algun costo sea incurrido.

RECORDATORIOS DE CITAS, TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS, Y OTROS BENEFICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD

Nosotros podremos comunicarnos con usted por telefono, correo o ambos para proporcionarle recordatorios de citas, informacion sobre tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interes.

QUEJAS

Si a usted le preocupa que se han violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con la persona que se indica a continuacion. Tambien puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja ante el gobierno o nosotros. La informacion de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es:

HIPAA Complaint
7500 Security Blvd, C524-04
Baltimore, MD 21244

PREGUNTAS Y PERSONA DE CONTACTO PARA SOLICITUDES

Si usted tiene alguna pregunta o desea realizar una solicitud en virtud con los derechos descritos anteriormente, favor de comunicarse con:

John Barker, Practice Administrator
8122 Datapoint Dr, Suite 320 San Antonio, Texas 78229

Este aviso entra en vigencia en la siguiente fecha: 14 de Abril del 2003. Nosotros podremos cambiar nuestras politicas y este aviso en cualquier momento y hacer que esas politicas revisadas se apliquen a toda la informacion de salud protegida que nosotros mantenemos. Si, o cuando cambiemos nuestro aviso, publicaremos el nuevo aviso en la oficina en donde se pueda ver.