



R.O.A.D.S.

COMMUNITY CARE CLINIC

Aviso de Prácticas de Privacidad bajo HIPAA

Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede usarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor léala cuidadosamente.**

Sus Derechos

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

Haz una copia de su expediente médico electrónica o en papel

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Proporcionamos una copia o un resumen de información sobre su salud, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable, basado en los costos.

Nos pide corregir su expediente médico

- Puede pedirnos corregir información médica sobre usted que usted piensa que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.

Pedir comunicaciones confidenciales

- Usted puede solicitar para contactarle de forma específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente.
- Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitar lo que usar o compartir

- Usted puede pedir que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
**No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si afectaría su atención.*
 - Si usted paga por un servicio o cuidado médico efectivo en su totalidad, usted puede pedirnos no a compartir esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su compañía de seguros de salud.
**Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obliga a compartir esa información.*
-

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información	<ul style="list-style-type: none"> • Usted puede pedir una lista (contabilidad) de los tiempos que hemos compartido su información médica para seis años antes de la fecha pido, que compartimos con y por qué. • Se incluyen todas las declaraciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica y ciertas otras declaraciones (por ejemplo, cualquiera que le pide que hagamos). Te proporcionamos una contabilidad un año gratis pero cobrará una tarifa razonable, basado en los costos si usted pregunta por otro plazo de 12 meses.
Obtener una copia de este aviso de privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Usted puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha accedido a recibir el aviso por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia de papel con prontitud.
Elegir a alguien para	<ul style="list-style-type: none"> • Si usted ha dado alguien poder médico, de abogado o si alguien es tu tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. • Se asegurará de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por usted antes que tomar cualquier acción.
Presentar una queja si usted siente que sus derechos son violados	<ul style="list-style-type: none"> • Puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros mediante la información. • No talionaremos contra usted por presentar una queja.

Sus Opciones

Para algunos información de salud, usted puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que usted quiere hacer, y vamos a seguir sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción para decirnos que:	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir información con tus familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado • Compartir información en una situación de alivio de desastres. • Incluir su información en un directorio del hospital • En contacto con usted para recaudación de fondos <p><i>Si no eres capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si estás inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.</i></p>
--	---

En estos casos nunca compartimos tu información a menos que usted nos dé permiso por escrito:	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos de marketing • Venta de su información • Más intercambio de notas de psicoterapia
En el caso de recaudación de fondos:	<ul style="list-style-type: none"> • Podremos contactarlo para recaudación de fondos, pero usted puede decir no que contactemos con usted otra vez.

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo normalmente usamos o compartimos su información médica? Suelen utilizar o compartir su información médica en las siguientes formas.

Te tratan	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar su información de salud y compartir con otros profesionales que están tratando • <i>Ejemplo:</i> Un médico tratamiento para una lesión pide a otro médico sobre su estado de salud general.
Funcionamiento de nuestra organización	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y en contacto con usted cuando sea necesario. • <i>Ejemplo:</i> Utilizamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.
Factura por sus servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de planes de salud u otras entidades. • <i>Ejemplo:</i> Damos información a su plan de seguro de salud por lo que pagará por sus servicios.

¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud? Estamos permitidos o necesaria para compartir su información en otras formas, generalmente en formas que contribuyen al bien público, como salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos.

Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones tales como: <ul style="list-style-type: none"> - prevención de la enfermedad-recuerda ayudar con producto - reporte de reacciones adversas a medicamentos-notificación de sospechas de abuso, negligencia, o domésticos - prevenir o reducir una amenaza seria de cualquiera violencia salud o seguridad
De investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar o compartir su información para la investigación en salud.
Cumplir con la ley	<ul style="list-style-type: none"> • Compartimos información sobre usted si leyes estatales o federales así lo requieran, incluyendo con el Departamento de salud y servicios humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información médica con organizaciones de obtención de órganos.
Trabajan con un examinador médico o director de la funeraria	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director de la funeraria cuando un individuo muere.
Dirección de compensación, aplicación de la ley y a otras solicitudes de gobierno	<ul style="list-style-type: none"> Podemos utilizar o compartir información médica acerca de usted: <ul style="list-style-type: none"> - para compensación afirma - para fines de aplicación de la ley o con una aplicación de la ley oficial - con los organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley - para las funciones especiales del gobierno como militares, seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales.
Responder a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
- Le dejaremos saber puntualmente si una ruptura ocurre que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de la misma.
- No usar o compartir su información como se describe aquí a menos que usted nos dice que podemos en la escritura. Si usted nos dice que puede, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si usted cambia de opinión.



R.O.A.D.S.

COMMUNITY CARE CLINIC

**Acknowledgment of Receipt
of Notice of Privacy Practices Under HIPAA**

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad Bajo HIPAA

I have been presented with a copy of the Notice of Privacy Practices for The R.O.A.D.S. Foundation, detailing how my information may be used and disclosed as permitted under federal and state law.

He sido presentado con una copia de la notificación de prácticas de privacidad de la Fundación R.O.A.D.S., detallando cómo mi información puede usarse y divulgarse como permitido bajo leyes federales y estatales.

Signed/Firmado: _____ **Date/Fecha:** _____

If not signed by patient, please indicate relationship to patient (e.g., mother) and patient's name.

Si no está firmado por el paciente, indicar relación con el paciente (por ejemplo, la madre) y nombre del paciente.

Patient/Paciente: _____

Relationship/Relación: _____