



El presente aviso describe las maneras en las

Su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se almacena en una historia clínica escrita y/o electrónica que detalla sus contactos o visitas para recibir servicios de atención médica. Su PHI incluye datos que permiten identificarlo, tales como nombre, dirección, teléfono, etc. Además incluye información relacionada con su estado de salud física o mental pasado, presente o futuro y con los servicios de salud asociados.

Sus derechos en virtud de la norma de privacidad

Cuando de su información de salud se trata, usted goza de ciertos derechos. La presente sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades. No deje de consultar con nuestro personal si tiene preguntas.

- **Obtener una copia de su historia clínica.** Puede pedir ver u obtener una copia de su historia clínica. Si sus registros de salud se almacenan electrónicamente, puede solicitar una copia en formato electrónico. Tenemos derecho a cobrar una tarifa razonable por las copias en papel o electrónicas, conforme a lo establecido por las pautas profesionales, estatales o federales.
- **Solicitar que se corrija su información de salud protegida.** Puede solicitarnos que corriamos aquellos datos médicos sobre su persona que crea que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le comunicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales.** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos por correo a una dirección diferente. Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
- **Solicitar que se restrinja (que se limite el uso) de su PHI.**
 - ✓ Puede solicitarnos, por escrito, que no usemos ni compartamos determinada información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a acceder a su pedido, y podemos decir que “no” si el hecho de acceder al mismo pudiese afectar su atención.
 - ✓ Si usted paga por cuenta propia el costo total de un servicio o un artículo médico, puede pedirnos que no compartamos dicha información con fines de pago o en nuestras operaciones con su asegurador de salud. Diremos que “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.
- **Solicitar un detalle de las divulgaciones.**
 - ✓ Puede solicitar una lista (detalle) de las ocasiones en las que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha de la solicitud. El detalle incluye con quién la compartimos y por qué.
 - ✓ Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y otras ciertas divulgaciones (como aquellas que usted nos haya solicitado que hiciésemos).
 - ✓ Le proporcionaremos un detalle por año en forma gratuita. Podemos cobrar una tarifa razonable por las copias en papel o electrónicas, conforme a lo establecido por las pautas profesionales, estatales o federales.
- **Recibir una copia del presente Aviso de prácticas de privacidad.** Puede pedir una copia del presente aviso de privacidad en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato. En caso de solicitarlo, le entregaremos una copia del aviso de privacidad revisado. Le podemos enviar por correo una copia revisada, o usted puede solicitarla en su próxima cita.
- **Designar un representante personal.** Si le ha otorgado a alguien un poder médico o tiene un tutor legal, tal persona puede ejercer sus derechos de privacidad y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en nombre suyo antes de tomar cualquier medida o seguir sus instrucciones con respecto a su información de salud.
- **Presentar una queja si siente que sus derechos han sido violados.**
 - ✓ Si considera que hemos violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja. Para hacerlo: 1) envíe una carta a CommUnityCare, Attention: Privacy Officer, P.O. Box 17366, Austin, TX 78760-7366; o 2) comuníquese con la línea de quejas al (512) 978-9918.
 - ✓ Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos para los Derechos Civiles de los Estados Unidos. Envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C.20201; o llame al 1-877-696-6775; o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
 - ✓ Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para hacerlo: 1) envíe una carta a 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202; o 2) llame al (214) 767-4056.
 - ✓ No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus preferencias

En el caso de determinados tipos de datos de salud, usted puede decirnos cuáles son sus preferencias respecto de lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

- **En los siguientes casos, usted tiene tanto el derecho como la posibilidad de pedirnos que:**

- ✓ Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- ✓ Compartamos información en caso de asistencia por una catástrofe.

Si no pudiese manifestarnos su preferencia (por ejemplo, si estuviese inconsciente), podríamos decidir compartir su información si considerásemos que es lo mejor para usted. También podríamos hacerlo si fuese necesario para mitigar una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad. Podríamos usar o divulgar su PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, un representante personal o cualquier otra persona responsable de su cuidado, de su estado general o de su muerte.

- **En los siguientes casos, nunca compartimos información a menos que usted nos autorice por escrito:**

- ✓ Fines de mercadeo
- ✓ Venta de sus datos
- ✓ Divulgación de las notas de psicoterapia (en la mayoría de los casos)

Puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en aquellos casos en los que su proveedor de atención médica o nuestra práctica ya hayan tomado medidas en virtud del permiso de uso o divulgación indicado en la autorización.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud? Solemos usar o compartir su información de salud de la siguientes maneras:

- **Tratamiento** – Podemos usar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado, 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 de salud general. Podríamos compartir su PHI con otros Proveedores de atención médica que pudiesen estar participando en su atención y tratamiento, o con una farmacia para surtir sus recetas.
- **Operaciones de atención médica** – Podemos usar o compartir su PHI para llevar adelante nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.
Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y sus servicios.
- **Pago** – Podemos usar y compartir su PHI para emitir facturas y efectuar cobros a los planes de salud u otras entidades.
Ejemplo: Le brindamos sus datos a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.
- **Organización de Información de Salud** – La práctica podría optar por contratar los servicios de una organización de información de salud u otra organización similar para facilitar el intercambio electrónico de información con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- **Avisos especiales** – Podríamos usar o divulgar su PHI, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita. Podríamos comunicarnos con usted por teléfono u otro medio para informarle resultados de estudios o análisis y describirle o recomendarle alternativas de tratamiento con respecto a su atención. Además, podríamos comunicarnos con usted para brindarle información sobre los beneficios y servicios de salud que ofrece nuestra oficina, actividades de recaudación de fondos o, con respecto a un plan de salud grupal, para divulgar datos al patrocinador del plan de salud. Usted tendrá derecho a optar por no recibir dichos avisos especiales, y cada uno de los mismos incluirá instrucciones para dejar de recibirlos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras, generalmente para contribuir al bien público (salud e investigación públicas). Tenemos que cumplir con muchos requisitos legales para poder compartir sus datos con tales fines. Para más información, vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- **Ayudar en cuestiones de salud y seguridad pública** – Podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones: para prevenir enfermedades; para ayudar con el retiro de productos del mercado; para reportar reacciones adversas a medicamentos; para denunciar supuestos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica; o para prevenir o mitigar una amenaza seria para la salud o la seguridad de cualquier persona.
- **Llevar adelante investigaciones** – Podemos usar o compartir su información con fines de investigación médica.
- **Cumplir con la ley** – Compartiremos información sobre su persona si las leyes estatales o federales así lo requiriesen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (si este último quisiese verificar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad).
- **Responder a pedidos de donación de órganos y tejido** – Podemos compartir su información de salud con organizaciones de procuración de órganos.
- **Colaborar con un médico forense o el director de una funeraria** – Podemos compartir información de salud con un juez de instrucción, un médico forense o el director de una funeraria cuando una persona fallece.
- **Cumplir con las solicitudes por indemnizaciones por accidentes de trabajo, la aplicación de la ley y otras exigencias gubernamentales** – Podemos usar o compartir su información médica: para reclamaciones de indemnizaciones por accidentes de trabajo; con fines de aplicación de la ley o con un oficial de aplicación de la ley; si usted está recluso en una institución correccional; con agencias de control de la salud para actividades autorizadas por la ley; o, para funciones especiales del gobierno, tales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
- **Responder a litigios y acciones legales** – Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.
- **Convenio de Atención Médica Organizada (OHCA)** – Somos parte del Convenio de Atención Médica Organizada de Community Care Collaborative (CCC OHCA). El CCC OHCA es un sistema de atención médica organizado en el que los proveedores y los planes participan de actividades conjuntas, tales como la mejora de la calidad. Usted ha recibido el presente aviso porque su información se compartirá a través del CCC OHCA. Si reúne los requisitos, su información médica, de facturación y demás información de salud se compartirá con los participantes del CCC OHCA para tratamiento, pago, operaciones y otros usos legales. Para obtener más información (incluidos los proveedores participantes), visite www.ccc-ids.org.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a garantizar la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre una violación que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en el presente aviso y entregarle una copia del mismo. El aviso se encuentra exhibido a la vista del público en las clínicas, así como también en el sitio web.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ninguna manera que no haya sido descrita aquí sin su autorización por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Modificación de los términos del presente aviso

Podemos modificar los términos del presente aviso, y los cambios se aplicarán a la totalidad de la información que tengamos sobre usted. Podrá solicitar el nuevo aviso en nuestra oficina, o leerlo en nuestro sitio web.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

EL PRESENTE AVISO ENTRÓ EN VIGENCIA EL 14/04/03 Y FUE ENMENDADO EL 12/07/10; EL 13/09/13, EL 06/12/16 Y EL 21/10/19