

## HIPAA Form

La mayoría de nosotros sentimos que nuestra información de salud es privada y debe ser protegida. Es por eso que existe una ley federal que establece reglas para proveedores de atención médica y compañías de seguros de salud sobre quién puede ver y recibir nuestra información de salud. Esta ley, llamada la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), le otorga derechos sobre su información de salud, incluido el derecho para obtener una copia de su información, asegúrese de que sea correcta y sepa quién la ha visto.

### Sus opciones

En el caso de cierta información de salud, puede decirnos cuáles son 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, usted tiene el derecho y la opción de decirnos:**

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre.
- Incluya su información en un directorio hospitalario.
- Contactarlo para los esfuerzos de recaudación de fondos.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si cree que es lo mejor para ti. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.*

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

- Fines de marketing.
- Venta de su información.
- Más notas de psicoterapia.

### Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud? Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

#### **Tratarle:**

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.  
(Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general).

#### **Administrar nuestra organización:**

- Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.  
(Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios).

#### **Facturar por sus servicios:**

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.  
(Ejemplo: Le damos 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 de salud?**

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como salud pública e investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. 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 temas de salud pública y seguridad:**

- Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, tales como:
  - \*Prevención de enfermedades
  - \*Ayudar con las retiradas de productos
  - \*Reporte de reacciones adversas a medicamentos
  - \*Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - \*Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

#### **Investiga:**

- Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

### **Cumplir con la ley:**

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

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

-Podemos compartir su información de salud con organizaciones de procuración de órganos.

### **Trabajar con un médico forense o director de una funeraria:**

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

### **Aborde la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales:**

-Podemos usar o compartir su información de salud:

\*Para reclamos de compensación para trabajadores

\*Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley

\*Con los organismos de control de la salud para las actividades autorizadas por la ley

\*Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

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

-Podemos compartir información de salud 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 médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dices que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

*Cambios en los términos de este aviso: Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre ti. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.*

### **Sus derechos**

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

-Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.

-No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.

-Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitar que no se comparta esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su seguro de salud.

-Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

#### **Obtenga una lista de las personas con las que hemos compartido información:**

-Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que lo solicita, a quién le hemos preguntado, lo compartió con, y por qué.

-Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras

Divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos un costo razonable 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. Proporcionaremos con una copia en papel con prontitud.

#### **Elija a alguien para 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 de salud.

-Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

#### **Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos:**

-Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto 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 al 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o dirigiéndose al [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaint/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaint/).

-No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

He leído el formulario HIPPA:

Fichado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_