

ROLAND J DOMINGUEZ M.D. P.A.
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, LEA CUIDADOSAMENTE.

EFICAZ 12 de mayo de 2014

Este aviso de prácticas de privacidad (la "notificación") te dice sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información protegida médica ("información médica") y sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su información médica. Este aviso se aplica a Roland J Dominguez, M.D. P.A. entre sus proveedores y empleados (la "práctica").

I. NUESTRAS OBLIGACIONES.

Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de su información médica, requerido por leyes estatales y federales;
- Darle este aviso que explican nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica acerca de usted;
- Notificar a los individuos afectados después de una violación de información médica bajo la ley federal; y
- Seguir los términos de la versión de este aviso que está actualmente en efecto.

II. CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Las siguientes categorías describen las diferentes razones por las que normalmente podemos usar y divulgar información médica. Estas categorías están destinadas a ser sólo descripciones generales, y no una lista de todo aquello en que podemos usar o divulgar su información médica. Por favor, comprenda que categorías, la ley generalmente no nos obligan a obtener su autorización para que podamos usar o revelar su información médica.

A. Para Tratamiento. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento de salud y servicios relacionados, incluyendo la coordinación y administración de su cuidado médico. Podemos revelar su información médica a los médicos, enfermeras, otros proveedores de la salud y personal que proporcionan o participan en el cuidado médico de usted (tanto dentro como fuera de la práctica). Por ejemplo, en caso de que necesite una referencia o tratamiento para otro médico fuera de la práctica, podemos proporcionarle su información médica con el fin de ayudar al médico en su tratamiento.

B. Para obtener pago. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que podamos facturar y cobrar a usted, a una compañía de seguros, o a un tercero, para los servicios de atención médica que le brindamos. Esto también puede incluir la divulgación de información médica para obtener una autorización previa para el tratamiento y procedimientos de su plan de seguro. Por ejemplo, podemos enviar una solicitud de pago a su compañía de seguros, y que la reclamación puede tener un código en él que describe los servicios que han sido prestados. Sin embargo, si usted paga por un artículo o servicio en su totalidad, de su bolsillo y si usted no quiere revelar a su plan de salud la información

médica exclusivamente relativa a ese artículo o servicio, como se describe con más detalle en la Sección IV de este aviso, vamos a seguir la restricción a la divulgación, a menos que sea requerido por la ley.

C. Para operaciones de cuidado de la salud. Podemos usar y divulgar información médica para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar y administrar nuestra práctica y promover una atención de calidad. Por ejemplo, es posible que tenga que utilizar o divulgar su información médica con el fin de evaluar la calidad de la atención que recibo o para llevar a cabo cierta administración de costos, dirección de empresas, administrativo, o actividades de mejoramiento con calidad o para proporcionar información a los portadores de seguro.

D. Control de Calidad. Es posible que necesitemos que usar o divulgar su información médica para nuestros procesos internos para evaluar y facilitar la provisión de una atención de calidad a nuestros pacientes.

E. Revisión de Utilización. Es posible que necesitemos usar o revelar su información médica para realizar una revisión de los servicios que proporcionamos, a fin de evaluar si el nivel apropiado de servicios es recibido, dependiendo de la condición y el diagnóstico.

F. Acreditación y revisión. Puede que necesitemos que usar o revelar su información médica a fin de que revisemos las credenciales, calificaciones y acciones de nuestros proveedores de atención médica.

H. Tratamientos Alternativos. Podemos usar y divulgar su información médica para informarle sobre o recomendar posibles opciones de tratamiento o alternativas que creemos pueden ser de interés para usted.

I. Recordatorios de citas y salud relacionados con beneficios y servicios. Podemos usar y divulgar información médica, con el fin de comunicarnos con usted (incluyendo y, por ejemplo, tener contacto por teléfono y dejar un mensaje en un contestador automático) para proporcionar recordatorios de citas y otros datos. Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que creemos que pueden ser de su interés.

J. Socios de Negocios. Hay algunos servicios (como la facturación o servicios legales) que pueden ser proporcionados, o en nombre de nuestra práctica a través de contratos con socios comerciales. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información médica a nuestros colaboradores para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Para proteger su información médica, sin embargo, requerimos que el Asociado comercial proteja de forma apropiada su información.

K. Las personas involucradas en su atención médica o el pago por su cuidado. Podemos revelar su información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica, así como a alguien que ayude a pagar por su atención médica, pero lo haremos solamente según lo permitido por la ley estatal o federal (con una oportunidad para que usted pueda aceptar u oponerse a lo previsto en la ley), o de acuerdo con su autorización previa.

L. Como exige la ley. Vamos a revelar información médica sobre usted cuando sea requerido a hacerlo por leyes estatales, locales, o reglamentos federales.

M. Para evitar una amenaza inminente de daño para la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir o disminuir una

amenaza grave e inminente para su salud física mental o emocional o la seguridad o la integridad física de otra persona. Tal divulgación sería solamente a personal médico o policiales.

N. Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos usar y divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos ojos o tejidos o un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar el órgano o donación de tejido y el trasplante.

O. Investigación. Podemos usar o divulgar su información médica para propósitos de investigación en ciertas situaciones. La ley de Texas nos permite revelar su información médica sin su autorización por escrito para el personal calificado para investigación, pero el personal no puede identificar directa o indirectamente a un paciente en cualquier informe de la investigación o de otro modo revelar la identidad de cualquier manera. Además, un proceso especial de aprobación será utilizada con fines de investigación cuando sea requerido por la ley estatal o federal. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información a un Consejo de Revisión Institucional o de otro tipo de junta de privacidad autorizado para obtener una exención de autorización según la HIPAA. Además, podemos utilizar o divulgar su información médica para fines de investigación si se ha obtenido su autorización cuando sea requerido por la ley o si la información que proporcionamos a los investigadores es "de-identificada".

P. Militares y Veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos usar y divulgar información médica según lo requerido por las autoridades militares correspondientes

Q. Compensación para Trabajadores. Podemos revelar su información médica para compensación de trabajadores o un programa similar. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo. Por ejemplo, si usted tiene lesiones que resultaron de su empleo el seguro de compensación o de un estado obrero de los trabajadores programa de compensación pueden ser responsables de pago de su cuidado, en ese caso podríamos estar obligados a proporcionar información a la compañía de seguros o programa.

R. Riesgos para la salud pública. Podemos revelar su información médica a las autoridades de salud pública para actividades de salud pública. Como regla general, estamos obligados por ley a revelar ciertos tipos de información a las autoridades de salud pública, tales como el Departamento de Salud de Texas. Los tipos de información incluyen generalmente información utilizada:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades (incluida la notificación de una enfermedad o lesión en particular).
- Para reportar nacimientos y muertes.
- Para reportar cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil.
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con aparatos y suministros médicos.
- Para notificar a las personas de revocaciones de productos que puedan estar usando.
- Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- Para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.
- Proporcionar información acerca de ciertos aparatos médicos.
- Para ayudar en las investigaciones de salud pública, la vigilancia o intervenciones.

S. Actividades de supervisión de la salud. Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen

auditorías civiles, administrativa o las investigaciones y procedimientos penales, inspecciones, licencias y acciones disciplinarias y otras actividades necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención de salud ciertos programas de beneficios gubernamentales, algunas entidades sujetas a las regulaciones gubernamentales que se relacionan a la información sanitaria y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

T. Asuntos legales. Si usted está involucrado en una demanda o una disputa legal, podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, petición de descubrimiento, u otro proceso legal. Además de las demandas, puede haber otros procedimientos legales para los que se nos puede solicitar o autorizado para usar o divulgar su información médica, como las investigaciones de los proveedores de atención de salud, audiencias de competencia en los individuos, o honorarios por reclamos por los servicios médicos.

U. Aplicación de la ley, la seguridad nacional y actividades de inteligencia. En ciertas circunstancias, podemos divulgar su información médica si nos pide hacerlo por agentes del orden, o si estamos obligados por ley a hacerlo. Podemos revelar su información médica a las fuerzas del orden, si es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su salud física, mental o emocional o la seguridad o la integridad física de otra persona. Podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para la inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

V. Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funeraria. Podemos revelar su información médica a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. También podemos revelar información médica acerca de nuestros pacientes a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

W. Los internos. Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar su información médica al personal de atención médica de una institución correccional según sea necesario para que la institución le proporcione tratamiento de cuidado de salud.

X. Comercialización de servicios relacionados con la salud. Podemos usar o divulgar su información médica para que le envíe las comunicaciones de operaciones de tratamiento o cuidado de salud en relación con las alternativas de tratamiento y otros productos o servicios relacionados con la salud. Podemos proporcionar este tipo de comunicaciones en los casos en que recibamos la remuneración financiera de un tercero a cambio de hacer la comunicación sólo con su autorización específica a menos que la comunicación: (i) se realiza cara a cara por la práctica a la que, (ii) se compone de un regalo promocional de valor nominal proporcionada por la Práctica, o (iii) está permitido por la ley. Si la comunicación de marketing implica una remuneración económica y se requiere una autorización, la autorización debe indicar de que remuneración se trata. Además, si usamos o divulgamos la información para enviar una comunicación de marketing por escrito (según lo definido por la ley de Texas) a través del correo, la comunicación debe ser enviada en un sobre que muestra sólo el nombre y la dirección de remitente y destinatario y (i) debe indicar el nombre y número de teléfono gratuito de la entidad que envía la comunicación de marketing; y (ii) explicar el derecho del recipiente a tener su nombre eliminado de la lista de correo del remitente.

Y. La recaudación de fondos. Podemos usar o revelar ciertas cantidades limitadas de su información médica para enviarle materiales de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar para no recibir tales comunicaciones de recaudación de fondos. Todos los materiales de recaudación de fondos que le envíen tendrán instrucciones claras y evidentes sobre cómo usted puede optar por no recibir tales comunicaciones en el futuro.

Z. Divulgaciones electrónicas de información médica. Bajo la ley de Texas, estamos obligados a dar aviso a usted si su información médica está sujeta a divulgación electrónica. Este aviso sirve como aviso general que podemos revelar su información médica para el tratamiento vía electrónicamente, pagos u operaciones de cuidado de la salud o como autorizado o requerido por la ley estatal o federal.

III. OTROS USOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

A. Autorizaciones. Hay momentos en los que podemos necesitar o si desea utilizar o divulgar su información médica por motivos diferentes a los mencionados anteriormente, pero para ello necesitaremos su autorización previa. Aparte indique expresamente, cualquier otro uso o divulgación de su información médica requieren de su autorización por escrito.

B. Notas de Psicoterapia, comercialización y venta de Información Médica. La mayoría de los usos y revelaciones de las “notas de psicoterapia” usos y divulgaciones de información médica para fines de marketing, y las revelaciones que constituyen una "venta de información médica" bajo HIPAA requieren su autorización.

C. Derecho a revocar la autorización. Si nos da su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica para otros fines, puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no podremos usar o divulgar su información médica por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos recuperar ningún uso o divulgaciones ya realizadas en función de su autorización, y que estamos obligados a retener nuestros registros del cuidado que le hemos proporcionado.

IV. SUS DERECHOS CON RESPECTO A INFORMACIÓN MÉDICA.

Las leyes federales y estatales le proporcionan ciertos derechos con respecto a la información médica que tenemos sobre usted. El siguiente es un resumen de esos derechos.

A. Derecho a inspeccionar y copiar. En la mayoría de las circunstancias, usted tiene el derecho de inspeccionar y / o copiar su información médica que tenemos en nuestro poder, que por lo general incluye sus registros médicos y de facturación. Para inspeccionar o copiar su información médica, usted debe presentar su solicitud a hacerlo por escrito al Oficial de HIPAA de la Práctica a la dirección indicada en la Sección VI, siguiente.

Si solicita una copia de su información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copiar, enviar, o ciertos suministros relacionados con su solicitud. La cuota podemos cobrar será la cantidad permitida por la ley estatal.

Si su información médica solicitada se mantiene en un formato electrónico (por ejemplo, como parte de un registro médico electrónico, registro de facturación electrónica, u otro grupo de registros mantenidos por la práctica que se utiliza para tomar decisiones sobre usted) y usted solicita una copia electrónica de esta información, a continuación, le proporcionamos la información médica requerida en la forma y formato electrónico solicitado, si es fácilmente producibles en esa forma y formato. Si no es fácilmente producibles en forma electrónica y el formato solicitado, proporcionaremos acceso en un formato electrónico formato legible y según lo acordado por la práctica y usted.

En ciertas circunstancias muy limitadas permitidas por la ley, podemos rechazar su solicitud de revisar o copiar su información médica. Le daremos negación por escrito. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la negación. Otro cuidado de la salud licenciado escogido por la Práctica revisará su solicitud y la negación. La persona que conduce la revisión no será la persona que negó su solicitud. Vamos a respetar el resultado de la revisión.

B. Derecho a corregir. Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corriamos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda durante el tiempo que la información se mantenga en la Práctica. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser por escrito y presentada al Oficial de HIPAA a la dirección indicada en la Sección VI, siguiente. En su solicitud, debe proporcionar una razón de por qué desea esta modificación. Si aceptamos su solicitud, se le notificará por escrito.

Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si nos pide enmendar información que (i) no fue creada por nosotros (a menos que proporcione una base razonable para afirmar que la persona u organización que creó la información ya no está disponible para actuar en la enmienda solicitada), (ii) no es parte de los datos que mantiene la Práctica, (iii) no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o (iv) es exacta y completa. Si negamos su solicitud, se le notificará de que la denegación por escrito.

C. Derecho a un informe de divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" de su información médica. Esta es una lista de las revelaciones que hemos hecho hasta por seis años anteriores a la fecha de su solicitud de su información médica, pero no incluye las divulgaciones para tratamiento, pago, u operaciones de atención médica (como se describe en las secciones II A, B y C de este Aviso) o se hubieran hecho con su autorización específica (tal como se describe en la Sección III de este documento), o algunas otras revelaciones.

Si hacemos revelaciones a través de un sistema de registros electrónicos de salud (EHR), es posible que tenga un derecho adicional a un informe de las divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por favor contacté al Oficial de HIPAA de la práctica en la dirección indicada en la Sección VI, siguiente para obtener más información acerca de si se ha implementado un EHR y la fecha efectiva, en su caso, de cualquier derecho adicional a un informe de las revelaciones hechas a través de un EHR a efectos de tratamiento, pago, u operaciones de atención médica.

Para solicitar una lista de contabilidad, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de HIPAA de la práctica seguida en la dirección indicada en la Sección VI, siguiente.

Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de seis años (o más de tres años para tratamiento, pago, y las revelaciones operaciones de atención médica realizadas a través de un EHR, en su caso) y no puede incluir fechas antes de abril 14, de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de doce meses será gratis. Para listas adicionales, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos del costo y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir gastos.

D. Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación a la información médica que usamos o divulgamos para tratamiento, pago, o el cuidado de la salud. Usted también tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago para su cuidado, como un miembro de la familia o un amigo.

Excepto por lo previsto en este Aviso, no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción o limitación. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Además, hay ciertas situaciones en las que no vamos a ser capaces de acceder a su solicitud, como cuando sea requerido por la ley para usar o divulgar su información médica. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de HIPAA de la Práctica a la dirección indicada en la Sección VI de este Aviso a continuación. En su solicitud, usted debe decirnos específicamente qué información desea limitar, si desea que limitemos nuestro uso, divulgación o ambos, y quién desea que se apliquen los límites.

Como se ha indicado anteriormente, en la mayoría de los casos no tenemos que estar de acuerdo a su solicitud de restricciones a las divulgaciones que se permiten de otra manera. Sin embargo, si usted paga u otra persona (que no sea un plan de salud) paga en su nombre por un artículo o servicio en su totalidad, de su bolsillo, y usted solicita que no revelemos la información médica refiere exclusivamente a ese artículo o servicio a un plan de salud para los fines de las operaciones de pago o asistencia médica, entonces estará obligado a cumplir con su solicitud de restricción a menos que la divulgación es requerida por la ley. Debe tener en cuenta que tales restricciones pueden tener consecuencias no deseadas, especialmente si otros proveedores necesitan saber esa información (por ejemplo, una farmacia llenar una receta). Será su obligación de notificar a cualquiera de los otros proveedores de esta restricción. Además, tal restricción puede afectar la decisión de su plan de salud para pagar la atención relacionada que puede que no desee pagar de su bolsillo (y que no estaría sujeto a la restricción).

E. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comunicamos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar que sólo lo contactemos en su casa, no en el trabajo o, por el contrario, sólo en el trabajo y no en casa. Para solicitar este tipo de comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de HIPAA de la Práctica a la dirección indicada en la Sección VI, siguiente.

No preguntaremos la razón de su solicitud, y utilizaremos nuestros mejores esfuerzos para dar cabida a todas las solicitudes razonables, pero hay algunas peticiones con las que no vamos a ser capaces de cumplir. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea ser contactado.

F. Derecho a una copia escrito de esta notificación. Usted tiene el derecho a recibir una copia escrita de este aviso. Usted nos puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de esta notificación, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de HIPAA de la práctica en la dirección indicada en la Sección VI, siguiente.

G. Derecho a la Brecha de notificaciones. En ciertos casos, podríamos estar obligados a notificar a usted (y potencialmente otras partes) si nos damos cuenta de que su información médica ha sido divulgada de forma incorrecta o de otra manera sujeto a una "brecha" como se define en y / o requerido por HIPAA y las leyes estatales aplicables.

V. CAMBIOS A ESTE AVISO. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento, junto con nuestras políticas y prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o cambiado a la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Se colocará una copia de la notificación actual, junto con el anuncio de que se han realizado cambios, según sea el caso, en nuestra oficina. Cuando se han realizado cambios a la Notificación, puede obtener una copia revisada mediante el envío de una carta al oficial de HIPAA de la Práctica a la dirección indicada en la Sección VI, siguiente o preguntando a el recepcionista de la oficina para obtener una copia actualizada del Aviso.

VI. Quejas. Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad que se describen en este aviso, puede presentar una queja con la práctica en la siguiente dirección o número de teléfono:

Roland J. Domínguez MD PA
Atención: Oficial de HIPAA
2829 Babcock Suite 407
San Antonio, Texas 78229
(210) 614-5437

Para presentar una queja, puede llamar o enviar una carta escrita. La práctica no tomará represalias contra cualquier persona que presente una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Además, si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor, póngase en contacto con HIPAA Oficial de la Práctica a la dirección o número de teléfono que aparece arriba.

VII. RECONOCIMIENTO Y RESTRICCIONES SOLICITADAS.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este aviso de privacidad antes de cualquier servicio que se presta a usted por la práctica, y usted da su consentimiento al uso y divulgación de su información médica según lo establecido en el presente documento, salvo que se indique expresamente a continuación.

Por este medio presente solicito las siguientes restricciones sobre el uso y / o divulgación (especificar según sea el caso) de mi información:

Nombre del Paciente: _____
(Por Favor Imprima su Nombre)

Paciente Fecha de Nacimiento: _____

FIRMAS:

Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____

Si representante legal, la relación con el paciente: _____

Testigo (opcional): _____ Fecha: _____