

# AKDHC, LLC

## Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida

---

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

Esta oficina es requerida por un reglamento federal, conocida como la regla de privacidad HIPAA, a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad. Esta oficina no usará o revelará su información de salud, excepto como se describe en este Aviso.

Esta oficina está permitida por las leyes federales de privacidad para hacer usos y divulgaciones de su información médica para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud. La información de salud protegida es la información que nosotros creamos y obtenemos en la prestación de nuestros servicios para usted. La información de salud sobre usted está documentada en un expediente médico o en una computadora. Dicha información puede incluir documentación de sus síntomas, historial médico, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento, y solicitud de atención o tratamiento en el futuro. También incluye documentos de facturación para esos servicios.

#### **Ejemplos de usos de su información de salud para propósitos de tratamiento son:**

- Una enfermera o asistente médico obtiene información de tratamiento sobre usted y lo registra en el registro de salud.
- Durante el curso de su tratamiento, el médico determina qué necesita consultar con otro especialista en el área. Él/ella compartirá la información con tal especialista y obtendrá su opinión.

#### **Ejemplos de uso de su información de salud para propósitos de pago:**

- Presentamos solicitudes de pago a su compañía de seguro de salud. La compañía de seguros de salud (u otro socio de negocios que nos ayude a obtener el pago) solicita información de salud de nosotros con respecto a la atención médica que se le da. Les proporcionaremos información sobre usted y sobre la atención brindada, que pueden incluir copias o extractos de su historial médico que son necesarias para el pago de nuestra cuenta. Por ejemplo, una factura enviada a su compañía de seguros puede incluir información que identifica su diagnóstico y los procedimientos y suministros utilizados.

#### **Ejemplos de uso de su información de salud para operaciones de atención médica:**

- Obtenemos servicios de nuestros aseguradores u otros asociados de negocio (un individuo o entidad en contrato con nosotros para realizar o asistirnos en una función o actividad que requiera el uso o divulgación de información de salud), como evaluación de la calidad, mejora de calidad, evaluación de resultados, desarrollo de protocolos y guías clínicas, programas de capacitación, acreditación, transcripción médica, revisión médica, servicios legales y seguros. Compartiremos información de salud con nuestros aseguradores u otros socios comerciales, según

# AKDHC, LLC

## Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida

---

sea necesario para obtener estos servicios. Requerimos que nuestras aseguradoras y otros asociados de negocio protejan la confidencialidad de su información de salud.

### Sus Derechos de Información Sobre la Salud

Los registros de salud y facturación que mantenemos son propiedad física de nuestra oficina.

Usted tiene derecho a:

1. **Recibir la Notificación de nuestras Prácticas de Privacidad (este Aviso) que le informa cómo su información de salud puede ser usada y compartida.** En la mayoría de los casos, este Aviso debe estar disponible para usted en su primera visita, y usted puede pedir una copia de ella en cualquier momento.
2. **Inspeccione y obtenga una copia de sus registros de salud.** Usted puede solicitar ver y obtener una copia de su Información Protegida de Salud (PHI). Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y obtener una copia de su PHI en ciertas circunstancias limitadas. Tiene derecho apelar la denegación.
3. **Modifique su información de salud.** Usted puede solicitar que enmendamos cualquier PHI incorrecta o incompleta que mantenemos sobre usted. Por ejemplo, si ambos estamos de acuerdo en que su archivo tiene un resultado de prueba incorrecto, lo cambiaremos. En ciertos casos, podemos negar su solicitud de enmienda. Si rechazamos su solicitud de enmienda usted tiene el derecho de no estar de acuerdo con nuestra decisión.
4. **Autorice la revelación de su PHI.** En general, su información de salud no será entregada a su empleador, utilizada o compartida para cosas como llamadas de ventas o marketing, o usada o compartida para muchos otros propósitos a menos que usted dé su permiso firmando un formulario de autorización.
5. **Solicite un informe sobre como divulgamos su información de salud.** Bajo la ley, su información de salud puede ser usada y compartida por razones particulares. Puede solicitar una lista de todas las divulgaciones no autorizadas y con quién se ha compartido su información de salud.
6. **Solicite ser contactado en diferentes direcciones o de una manera diferente a la que nosotros le contactamos ahora.** Usted tiene el derecho de pedirnos que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI en una dirección diferente o de una manera diferente que nos pongamos en contacto con usted ahora. Por ejemplo, usted puede hacer que la enfermera lo llame en su oficina en vez de su hogar. Estas solicitudes se hacen a menudo cuando una persona siente que su salud o su seguridad está en peligro si PHI es enviado a su domicilio. Haremos nuestro mejor esfuerzo para dar cabida a todas las solicitudes razonables.
7. **Solicitar restricciones sobre ciertos usos o revelaciones de PHI.** Puede solicitar restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones adicionales. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso o divulgación de su PHI a un plan de salud cuando usted (o cualquier otra persona que no sea usted o el plan de salud) pague por el tratamiento de su bolsillo y en su totalidad.
8. **Solicitar información adicional o presentar quejas.** Si usted cree que su información de salud fue utilizada o compartida de una manera que no está permitido bajo la ley de privacidad, o si no fue capaz de ejercer sus derechos, puede presentar una queja con nosotros o el Gobierno de los Estados Unidos. Este Aviso le dice con quién hablar y cómo presentar una queja.

# AKDHC, LLC

## Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida

Le pedimos que **ejerza sus derechos por escrito**. Ofrecemos formularios y plantillas para ayudarle a ejercer sus derechos a la privacidad y par ayudarnos a proteger su información médica. Nuestro personal de recepción hará estos formularios a su disposición a su solicitud.

### **Nuestras responsabilidades**

Esta oficina está obligada a:

- Mantener la privacidad de su información de salud como lo requiere la ley.
- Le proporcionamos un aviso (este documento) en cuanto a nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en cuanto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Cumplir con los términos de este aviso.
- Notificarle si no podemos acomodar una restricción o solicitud solicitada.
- Acomodar sus solicitudes razonables con respecto a los métodos para comunicar información de salud con usted.
- Notificarle si ha ocurrido un incumplimiento no garantizado de su información de salud protegida.
- Mientras que podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos que le proporcionará la opción de optar por no recibir tales comunicaciones.

Nos reservamos el derecho de enmendar, cambiar o eliminar disposiciones en nuestras prácticas de privacidad y evaluar prácticas para promulgar nuevas disposiciones con respecto a la información médica protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, modificaremos nuestro Aviso. Usted tiene el derecho a recibir una copia revisada del Aviso llamando y solicitando una copia de nuestro "Aviso" o visitando nuestra oficina y pidiendo una copia.

### **Solicitar Información o Presentar una Queja**

Si tiene una alguna pregunta, desea información adicional, desea informar sobre un problema relacionado al manejo de su información o si cree que sus derechos de privacidad han sido violados y desea presentar una queja por escrito con nuestra oficina, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de AKDHC al 602-997-0484 o 3333 E Camelback RD. Suite 180, Phoenix, AZ 85018. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

- No podemos, y no requeriremos, que renuncie a sus derechos bajo la Regla de Privacidad incluyendo el derecho a presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS) como condición para recibir tratamiento de la oficina.
- No podemos y no vamos a tomar represalias contra usted por llenar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

### **Otras Revelaciones y Usos Que Podemos Hazer Sin Su Autorización**

1. Hay algunos servicios proporcionados por nosotros a través de contratos con Asociados de Negocios, por ejemplo servicios de facturación, programación o transcripción. Cuando estos servicios requieren acceso a su PHI, revelaremos sólo la información mínima necesaria, por lo que contratistas pueden

## AKDHC, LLC

### Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida

---

realizar su trabajo. Para proteger su PHI necesitamos que Asociados de Negocios protejan PHI adecuadamente.

2. Para cumplir con la ley. Podemos compartir su información médica para cumplir con procedimientos legales, o en respuesta a una orden judicial o administrativa o citación judicial válida.
3. Por otras razones. Ejemplos incluyen:
  - i. Podemos divulgar su PHI a apoyar la aplicación de la ley (por ejemplo, la autoridad del gobierno como la policía, los servicios sociales, etc.) para proteger la salud y la seguridad de la persona (por ejemplo, víctimas de abuso, violencia doméstica);
  - ii. Utilizaremos nuestro criterio profesional y podremos compartir información con un miembro de la familia, un amigo u otro familiar para ayudarle a obtener o pagar por su atención médica;
  - iii. Podemos compartir PHI para notificar a un familiar, un pariente, representante personal u otra persona responsable de su cuidado acerca de su condición general y ubicación;
  - iv. Así que un representante personal que usted designe o un tribunal designe para usted puede ayudarle a obtener beneficios para la salud;
  - v. Para apoyar investigación médicas siempre que se asegure la privacidad y seguridad de la PHI;
  - vi. Por lo tanto, un forense o médico forense puede identificar a una persona fallecida o causa de muerte o por lo que un director de funeraria puede organizar el entierro;
  - vii. Apoyar, en circunstancias limitadas, una organización de adquisición de órganos;
  - viii. Para protegerle contra una amenaza seria a su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros;
  - ix. Apoyar a una agencia gubernamental que supervisa los programas de atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) para permitir investigaciones, retiros de medicamentos / productos o reemplazos;
  - x. Podemos revelar su PHI como autorizado o necesario para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores u otros programas similares;
  - xi. Para propósitos legales de seguridad nacional legítimo incluyendo inteligencia o actividades de seguridad nacional;
  - xii. Para propósitos de la salud pública para prevenir o controlar enfermedades; y
  - xiii. Para fines militares, si usted es un miembro de las fuerzas armadas.

Obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su PHI para propósitos diferentes a los descritos en este Aviso o como lo permita la ley. Podrá revocar esta autorización en cualquier momento.