

# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES SUMMARY

*This summary explains your rights and some of our responsibilities to help you.*

## YOUR RIGHTS

*When it comes to your health information, you have certain rights.*

### Get an electronic or paper copy of your medical record

- You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this.
- We will provide a copy or a summary of your health information, usually within 15 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.

### Ask us to correct your medical record

- You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
- We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.

### Request confidential communications

- You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
- We will say “yes” to all reasonable requests.

### Ask us to limit what we use or share

- You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations.
- We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.
- If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer.
- We will say “yes” unless a law requires us to share that information.

### Get a list of those with whom we’ve shared information

- You can ask for a list (accounting) of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why.

### Get a copy of this privacy notice

- You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

### Choose someone to act for you

- If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
- We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

### File a complaint if you feel your rights are violated

- You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us.
- You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to:

200 Independence Avenue S.W.  
Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

Calling 1 (800) 368-1019

or visiting  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

*We will not retaliate against you for filing a complaint.*

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

Share information with your family, close friends, or others involved in your care.

In these cases we never share your information unless you give us written permission:

Marketing purposes, Sale of your information, and most sharing of psychotherapy notes.

In the case of fundraising:

We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

We may typically use or share your health information in the following ways.

**Treat you**

We can use your health information and share it with other professionals who are treating you.

**Operate our organization**

We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary.

**Bill for your services**

We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities.

**Help with public health and safety issues**

We can use and share your health information for: preventing disease, reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence, preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety.

**Perform research**

- We can use or share your health information to perform healthcare research.

**Comply with the law**

- We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.

**Work with a medical examiner or funeral director**

- We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

**Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests**

- We can use or share health information about you: for workers' compensation claims, For law enforcement purposes or with a law enforcement official, with health oversight agencies for activities authorized by law, for special government functions such as military, national security, and presidential protective services.

**Respond to lawsuits and legal actions**

- We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

**We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information**

- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We can change the terms of this notice, and the new notice will be available upon request.

To receive a detailed copy of this notice, you may contact our clinic where you received care.

**Acknowledgment**

I acknowledge that I have either received a copy of this clinic's NOTICE OF PRIVACY PRACTICES or that this clinic's NOTICE OF PRIVACY PRACTICES was made available to me to receive.

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient Signature: \_\_\_\_\_

# RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*Este resumen explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.*

## SUS DERECHOS

*Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.*

### Obtener una copia electrónica o en papel de sus expedientes médicos

- Puede solicitar que le muestren o brinden una copia electrónica o en papel de sus expedientes médicos y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Por lo general, le brindaremos una copia o un resumen de su información de salud en un periodo de 15 días posteriores a su solicitud.

### Pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos

- Puede pedir que corrijamos la información de salud acerca de usted que considere que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedir que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, por teléfono a su casa u oficina) o que enviemos la correspondencia a un domicilio distinto.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

### Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos determinada información de salud para su tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y es posible que la rechacemos si pudiera afectar su atención.
- Si paga la totalidad del costo directo por un servicio o artículo de atención médica, puede pedirnos que no compartamos esa información a los efectos del pago o nuestras operaciones con su asegurador médico.
- Aceptaremos su solicitud a menos que alguna ley nos obligue a compartir dicha información.

### Obtener una lista de las personas con quienes compartimos información

- Puede solicitar una lista (reporte) de las veces que compartimos su información de salud durante

los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, así como con quién y por qué la compartimos.

### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aun cuando haya aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le daremos una copia en papel lo antes posible.

### Escoger a alguien para que lo represente

- Si le ha dado a alguna persona un poder notarial o si alguna persona es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda representarlo antes de que tomemos cualquier medida.

### Presentar una queja si considera que sus derechos están siendo violados

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja. Comuníquese con nuestro departamento de administración.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a:

200 Independence Avenue S.W.  
Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

Llamando al 1 (800) 368-1019

or visitando

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

*No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.*

Para cierta información de salud, usted puede informarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara respecto a la forma en la que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos que:

- Compartamos la información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención médica.

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

- Propósitos de mercadotecnia, venta de su información y la mayoría del intercambio de notas de psicoterapia.

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que lo contactemos para que nos apoye en los esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Usualmente, Nuestra clínica usa o comparte su información de salud para los siguientes propósitos.

Tratarlo

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para ejercer nuestra práctica médica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

Facturar sus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir los pagos de los planes de salud u otras entidades.

Ayudar con problemas de salud pública y de seguridad

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir los pagos de los planes de salud u otras entidades.

Realizar una investigación

- Podemos usar o compartir su información médica para realizar investigaciones en el campo de la salud.

Cumplir la ley

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

Trabajar con un médico legista o director funerario

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

Cumplir con el seguro de los trabajadores, la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted: para cumplir con las reclamaciones del seguro de los trabajadores, con la finalidad de aplicar la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, para funciones gubernamentales especiales como el servicio militar, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica para responder a una orden judicial o administrativa, o para responder a una citación.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.

- Le informaremos lo antes posible si ocurre un incumplimiento que pudiera comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna forma que no esté descrita en este documento a menos que usted nos dé permiso por escrito. Si usted nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de parecer.
- Debemos cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- Podemos cambiar los términos de este aviso, y el nuevo aviso estará disponible previa solicitud.

Para recibir una copia detallada de este Aviso, puede ponerse en contacto con nuestra clínica donde usted recibe su cuidado de salud.

Firma del Paciente o Encargado Legal

Yo certifico que he recibido copia de esta PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de la clínica o que las PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de la clínica están disponibles para mi acceso.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma paciente/encargado: \_\_\_\_\_