

## AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

*Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información.  
Por favor, revise cuidadosamente.*

Esta Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere todos los registros médicos y otra información de salud identificable individualmente utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel u oral, se mantienen debidamente confidenciales. Esta Ley le otorga a usted, el paciente, nuevos derechos significativos para entender y controlar cómo se utiliza su información de salud. HIPAA proporciona sanciones para las entidades cubiertas que hacen mal uso y divulgan su información médica.

Según lo requerido por HIPAA, hemos preparado esta declaración de cómo estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud.

Podemos usar y divulgar sus registros médicos solo para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar servicios relacionados con la atención médica por uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto incluiría un examen físico.

Pago significa tales actividades, como obtener el reembolso de los servicios, confirmar la cobertura, las actividades de facturación o cobro, y la revisión de la utilización. Un ejemplo de esto sería enviar una factura para su visita a nuestra compañía de seguros para el pago.

Las operaciones de atención médica incluyen aspectos comerciales de la ejecución de nuestra práctica, como la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo sería una revisión interna de la evaluación de la calidad.

También podemos crear y distribuir información de salud no identificada eliminando todas las referencias a información identificable individualmente.

Es posible que nos pongamos en contacto con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso y divulgación se hará sólo con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito, y estamos obligados a honrar y cumplir con esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas confiando en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida, que puede ejercer presentando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida, incluidas las relacionadas con las divulgaciones a familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acepte por escrito eliminarla.

El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida de nosotros por medios alternativos o lugares alternativos.

El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida.

El derecho a modificar su información médica protegida.

El derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de divulgaciones protegidas de información médica protegida. El derecho a obtener un papel copy de este aviso de nosotros a petición. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida y a previo avisode nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida.

Este aviso entra en vigor a partir del 12 de diciembre de 2006, y estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigor. Reaservicio del derecho a cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y a hacer que las nuevas disposiciones de aviso sean efectivas para toda la información médica protegida que mantenemos. Publicaremos, y usted puede solicitar una copia por escrito de un Aviso de revisión de Prácticas Políticas de esta oficina.

Usted tiene recurso si siente que sus protecciones de privacidad han sido violadas. Usted tiene derecho a presentar una queja formal por escrito ante nuestra oficina o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de la provisión de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Por favor, póngase en contacto con nosotros para obtener más información sobre HIPAA o para presentar una queja, solicitando hablar con nuestro Oficial de Privacidad o para consultas escritas, tenga en cuenta "Oficial de Privacidad de Atención."

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
Oficina de Derechos Civiles 200 Avenida de la Independencia  
SW Washington, DC 20201  
PH (202) 619-0257 o gratuito: 1-877-696-6775

#### **Reconocimiento de la recepción del aviso de prácticas de privacidad**

El respeto por la privacidad de nuestros pacientes es de suma importancia para nosotros. Según lo exija la ley, protegeremos la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad que describe las prácticas de privacidad de la información de salud. Nuestro personal médico y proveedores de atención médica afiliados valoran su privacidad tanto como su bienestar.

Nuestro Aviso se publicará en nuestro sitio web y en cualquier otro lugar donde proporcionemos servicios. También podrá obtener su propia copia del Aviso accediendo al portal del paciente o al sitio web en [www.esetelehealth.com](http://www.esetelehealth.com) o solicitando una en el momento de su próxima visita.

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia de este Aviso y, por lo tanto, se me ha notificado cómo se puede utilizar y divulgar información médica sobre mí, y cómo puedo obtener acceso y controlar esta información.

Finalmente, al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el uso y/o divulgación de mi información médica como se describe en este Aviso, incluyendo el tratamiento, para buscar y recibir el pago por los servicios que me prestan, y para las operaciones comerciales de la práctica y su personal.

\_\_\_\_\_  
***Firma del paciente o representante personal***

\_\_\_\_\_  
***Fecha***

\_\_\_\_\_  
***Nombre impreso del paciente o representante personal***

\_\_\_\_\_  
***Descripción de la autoridad del representante personal***

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea obtener más información, comuníquese con el Oficial de Privacidad al 877-543-7221.

**Solo para uso de la oficina: Si el paciente no firma este formulario de reconocimiento, registre aquí los esfuerzos de buena fe realizados para obtener este reconocimiento y consentimiento.**