

**NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información de salud sobre usted y cómo puede usted acceder a esta información. Lea con cuidado.

**USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Su información de salud protegida (PHI) puede ser usada y divulgada por su médico, nuestro personal y otros fuera de nuestro establecimiento que estén involucrados en su atención y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de atención médica, pago de sus facturas de atención médica, colaborar con la operación del consultorio del médico y para cualquier otro fin requerido por la ley.

**Tratamiento:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su PHI puede ser proporcionada a un médico al quien usted haya sido derivado, proveedores de equipo médico duradero, centros de cirugía u hospitales, médicos especializados, médicos de atención primaria, fisioterapeutas, proveedores de salud en el hogar, laboratorios, abogados de compensación de los trabajadores y administradores de casos de enfermería, etc. para garantizar que el proveedor de atención médica disponga de la información necesaria para el diagnóstico o tratamiento.

**Pago:** Su PHI se utilizará, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, para obtener aprobación para una hospitalización, cirugía, resonancia magnética u otros estudios de diagnóstico, procedimientos de inyección, tratamientos con series de inyecciones, fisioterapia, etc., puede ser necesario divulgar su PHI pertinente al plan médico para obtener la aprobación para el procedimiento.

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI con el fin de suministrar evidencia para las actividades económicas del consultorio de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, la evaluación de la calidad, la revisión de los empleados, la capacitación de estudiantes de medicina, licencias, recaudación de fondos y el manejo o coordinación de otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a los estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestro consultorio. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de inscripción donde se le pedirá su firma y que indique quién es su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita, así como informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Si utilizamos o divulgamos su PHI para actividades de recaudación de fondos, le ofreceremos la opción de quedar excluido de esas actividades. También podrá elegir que lo vuelvan a incluir.

Podemos utilizar o divulgar su PHI sin su autorización en las siguientes situaciones. Estas situaciones incluyen, según lo requiere la ley, problemas de salud pública, enfermedades transmisibles, administración sanitaria, requisitos de supervisión, abuso o negligencia, requisitos de la administración de alimentos y medicamentos, procedimientos legales, cumplimiento de la ley, médicos forenses, directores funerarios, donación de órganos, investigación, actividad criminal, actividad militar y seguridad nacional, compensación de los trabajadores, cuestiones relacionadas con presos y otros usos y divulgaciones requeridos. Según la ley, estamos obligados a revelar información si así lo solicita. Según la ley, también debemos divulgar su PHI cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

**USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

Otros Usos y Divulgaciones Permitidos y Requeridos se harán únicamente con su consentimiento, autorización u oportunidad para objetar, a menos que lo requiera la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente utilizar o divulgar su PHI para fines de comercialización. No podemos vender su PHI sin su autorización. No podemos usar ni divulgar la mayoría de las notas de psicoterapia contenidas en su información de salud protegida. No utilizaremos ni divulgaremos PHI suya que contenga información genética que se utilizará para fines de suscripción.

**Usted puede revocar su autorización**, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que el médico o su consultorio haya actuado conforme al uso o divulgación indicados en la autorización.

**SUS DERECHOS**

**Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (se pueden aplicar tarifas)** – De acuerdo con su solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI ya sea en papel o en formato electrónico. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: Notas de psicoterapia, información compilada con anticipación razonable o utilizada en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, PHI de acceso restringido por la ley, información relacionada con investigaciones médicas en las que usted haya accedido a participar, información cuya divulgación pueda causarle daños o lesiones a usted o a otra persona o información obtenida bajo una promesa de confidencialidad.

**Tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida** – Esto significa que puede pedirnos que no utilicemos ni divulguemos ninguna parte de su PHI para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También puede solicitar que no se divulgue ninguna parte de su PHI a los familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o con fines de notificación según lo descrito en esta Notificación de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quien quiere usted que se aplique la restricción. Su médico no está obligado a aceptar su solicitud de restricción, a menos que usted solicite que el médico no divulgue su PHI a su plan médico con respecto a la atención médica que usted ha pagado en su totalidad.

**Tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales** – Puede solicitarnos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene derecho a pedirnos que le entreguemos una copia impresa de esta notificación, incluso si ya la aceptó por otro medio (por ejemplo, de manera electrónica).

**Tiene el derecho de solicitar una corrección a su información de salud protegida** – Si rechazamos su solicitud de corrección, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo. A su vez, podemos preparar una refutación a su declaración y proporcionarle una copia de dicha refutación.

**Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones** – Tiene derecho a recibir un informe de divulgaciones, impreso o electrónico, excepto de aquellas que se hayan hecho en virtud de una autorización, para fines de tratamiento médico, pago, operaciones de atención médica o aquellas que exija la ley y hayan ocurrido antes del 14 de abril de 2003 o seis años antes de la fecha de la solicitud.

**Usted tiene derecho a recibir una notificación de incumplimiento** – Le avisaremos si su PHI no asegurada ha sido divulgada de manera ilegal.

**Usted tiene derecho a que le entreguemos una copia impresa de esta notificación**, incluso si ha aceptado recibirla de manera electrónica. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de esta notificación y le comunicaremos dichos cambios en la siguiente cita. También habrá copias disponibles de nuestra nueva notificación, por si desea obtener una.

### **QUEJAS**

Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles al (800) 368-1019 o por correo electrónico al [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) si cree que sus derechos han sido violados por Gastro Health, LLC, (Gastro Health). Su atención médica no se verá afectada por cualquier queja que haga. Gastro Health no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o negarse a aceptar algo que usted considera ilegal. Puede presentar una queja ante nosotros al notificar a nuestro Gerente de Cumplimiento:

#### **Compliance Manager**

Gastro Health, LLC - Executive Office  
T: 305-913-0682 · F: 305-675-2741  
[Info@GastroHealth.com](mailto:Info@GastroHealth.com)

**Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de las personas y a proporcionarles esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos de la presente notificación. Si usted tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, pida comunicarse con nuestro Gerente de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número telefónico principal.**

**Firme el formulario de «Acuse de recibo» que lo acompaña. Tenga en cuenta que al firmar el formulario de acuse de recibo únicamente reconoce que ha recibido o le han dado la oportunidad de recibir una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad.**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS, PAGOS Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación por parte de Gastro Health, LLC, (el "Proveedor") de mi información de salud protegida con el fin de diagnosticar o proporcionarme tratamiento médico, para obtener el pago de mis facturas de atención médica o para realizar operaciones de atención médica del Proveedor. Entiendo que el diagnóstico o tratamiento que me ofrezca el Proveedor podrán depender de mi consentimiento manifestado mediante mi firma en este documento.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción en cuanto al uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. El Proveedor no está obligado a aceptar las restricciones que yo pueda solicitar. Sin embargo, si el proveedor acepta una restricción que yo haya solicitado, dicha restricción será vinculante para el proveedor y todos los médicos relacionados con él.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el Proveedor haya actuado conforme a este consentimiento. Mi "información de salud protegida" hace referencia a la información médica, incluida mi información demográfica provista por mí y creada o recibida por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan médico, mi empleador o un centro de atención médica. Esta información de salud protegida puede estar relacionada con mi salud física o mental pasada, presente o futura y sirve para identificarme o hay una base razonable para creer que puede identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad del Proveedor antes de firmar este documento. Se me ha hecho entrega de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Proveedor. La Notificación de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en la realización de operaciones de atención médica del Proveedor. La Notificación de Prácticas de Privacidad del Proveedor también se encuentra disponible en la sala de espera. Esta Notificación de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y las obligaciones del Proveedor con respecto a mi información de salud protegida.

El Proveedor y todos los médicos asociados con él se reservan el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en la Notificación de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una notificación revisada de las prácticas de privacidad al llamar a la oficina y solicitar que se me envíe una copia revisada por correo o al pedir una copia en mi próxima cita médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante Personal

**DOCUMENTACIÓN DE ESFUERZOS DE BUENA FE**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

El paciente se presentó para el tratamiento en esta fecha y se le entregó una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Proveedor. Se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener un acuse de recibo por escrito de que se recibió la notificación. Sin embargo, no se obtuvo un acuse de recibo debido a:

El paciente se negó a firmar.

El paciente no pudo firmar ni indicar sus iniciales debido a:

\_\_\_\_\_  
Surgió una emergencia médica (el Proveedor intentará obtener el acuse de recibo en la próxima oportunidad disponible).  
Otra razón, que se describe a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado que llena el formulario:

x \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_