

# **FREEDOM URGENT CARE, PLLC**

300 W. Central Tx Expressway  
Suite 115  
Harker Heights, Texas 76548

Telephone (254) 833-8456  
Fax (254) 833-9162

## **AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y DE QUÉ MANERA USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.**

Una regulación federal, conocida como “Regla de Privacidad de la HIPAA”, exige que brindemos un aviso por escrito detallado de nuestras prácticas de privacidad. La Regla de Privacidad de la HIPAA nos exige abordar varios puntos específicos de este aviso.

### **NUESTRO COMPROMISO DE PROTEGER LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD**

En este Aviso, describimos las maneras en que podemos utilizar y revelar información de la salud de nuestros pacientes. La Regla de Privacidad de la HIPAA exige que protejamos la privacidad de la información de salud que identifica a un paciente. Esta información se denomina “información de salud protegida” o “PHI” (por sus siglas en inglés). Este Aviso describe sus derechos como paciente y nuestras obligaciones con respecto al uso y revelación de PHI.

Según lo establecido por la Regla de Privacidad de la HIPAA, nos reservamos el derecho de modificar este Aviso y de aplicar dichas modificaciones a toda PHI que tengamos de usted. En caso de que este Aviso sea modificado, y si así fuera, publicaremos una copia en nuestra oficina. También le brindaremos una copia.

### **CÓMO PODRÍAMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**TRATAMIENTO:** Podemos utilizar y revelar su PHI para brindar, coordinar o administrar la atención de su salud. Podemos consultar a otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y coordinar y administrar la atención de su salud con otros. También podemos revelar su PHI por cuestiones relacionadas con el tratamiento a través de otro proveedor de atención médica.

**PAGO:** Podemos utilizar y revelar su PHI para facturar y cobrar el pago por tratamiento y servicios prestados. Podemos utilizar y revelar su PHI para averiguar si su plan de salud cubrirá el costo de la atención y los servicios que prestemos. Podemos utilizar y revelar su PHI para facturación, gestionar reclamos y actividades de cobranza. Podemos revelar su PHI a compañías de seguro para prestarle cobertura adicional. También podemos revelar su PHI a otro proveedor de atención médica o a una compañía o plan de salud para cumplir con la Regla de Privacidad de la HIPAA en relación con el pago de dicho proveedor de atención médica, compañía o plan de salud. Por ejemplo, podemos autorizar que una compañía de seguro de salud revise su PHI por actividades de la compañía de seguro para determinar los beneficios del seguro que se pagarán por su atención.

**OPERACIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para llevar a cabo actividades denominadas operaciones de atención de la salud. Las operaciones de atención de la salud incluyen aquellas actividades que nos permiten mejorar la calidad de atención que prestamos y reducir los costos de la atención médica. Si otro proveedor de atención médica, compañía o plan de salud que deba cumplir con la Regla de Privacidad de la HIPAA también tiene o tuvo alguna vez una relación con usted, podemos divulgar su PHI para determinadas operaciones de atención de la salud de dicho proveedor médico o compañía.

**COMUNICACIONES DE NUESTRA OFICINA:** Podemos contactarlo para recordarle acerca de su cita médica o para brindarle información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían ser de su interés.

## **OTROS USOS Y FORMAS DE REVELAR INFORMACIÓN QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO NI SU ACEPTACIÓN U OBJECCIÓN**

Podemos utilizar y divulgar su PHI ante las siguientes circunstancias sin su autorización y sin necesidad de su aceptación u objeción, siempre y cuando respetemos determinadas condiciones que pueden regir.

**ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA:** Podemos utilizar y revelar su PHI a autoridades de salud pública u otras personas autorizadas a realizar determinadas actividades relacionadas con la salud pública.

**ABUSO, NEGLIGENCIA O VIOLENCIA DOMÉSTICA:** Podemos revelar PHI en determinadas circunstancias a las autoridades de gobierno que correspondan en caso de que haya fundamentos para creer que un paciente fue víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia.

**LITIGIOS Y OTROS PROCESOS JUDICIALES:** Podemos utilizar o revelar PHI cuando así lo requiera una orden judicial o de un tribunal administrativo. También podemos revelar su PHI en respuesta a una citación judicial, un pedido de información u otro proceso judicial si se hicieron los esfuerzos para comunicarle acerca de dicha solicitud o para obtener una orden de protección de la información solicitada.

**INDEMNIZACIÓN LABORAL:** Podemos revelar PHI según lo establecido por las leyes de indemnización laboral u otros programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

## **OTROS USOS Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

Todas las demás maneras de utilizar y revelar su PHI requerirán su autorización por escrito. Si usted nos autorizó a utilizar o revelar su PHI, puede revocar dicha autorización más adelante en cualquier momento, excepto por las acciones que ya hayamos realizado en base a su autorización previa.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:**

De conformidad con las leyes federales, usted tiene los siguientes derechos sobre su PHI:

**DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES:** Tiene derecho a solicitar otras restricciones sobre el uso o divulgación de la PHI a los fines del tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud. También puede solicitar otras restricciones sobre la divulgación de PHI a determinadas personas con respecto a su atención, permitidas por la Regla de Privacidad. **No obstante, no tenemos la obligación de estar de acuerdo con su solicitud.** En caso aceptar su solicitud, debemos cumplir con nuestro acuerdo excepto en determinados casos, como por ejemplo, cuando la información es necesaria para brindar tratamiento en caso de emergencia. Para solicitar restricciones, debe presentar una solicitud por escrito al Encargado de Asuntos de Privacidad. En su solicitud, incluya (1) la información que desea restringir; (2) de qué manera desea restringir la información y (3) a quienes desea restringirla.

**DERECHO A RECIBIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES:** Tiene derecho a solicitar la recepción de comunicaciones con respecto a su PHI en determinada manera o en determinado lugar. Debe presentar su solicitud por escrito. Debe especificar de qué manera desea ser contactado. Trataremos de complacer aquellos pedidos que sean razonables.

**DERECHO A INSPECCIONAR Y OBTENER COPIAS:** Tiene derecho a solicitar una oportunidad para inspeccionar y recibir una copia de su PHI en determinados archivos de nuestro dominio. Esto incluye sus registros médicos y de facturación pero no incluye las notas de psicoterapia o la información recopilada o preparada para procesos civiles, penales o administrativos. Podemos rechazar su solicitud para inspeccionar y copiar PHI en limitadas circunstancias únicamente. Si solicita una copia de su PHI, podríamos cobrarle un cargo razonable por copiado, franqueo, servicio y suministros utilizados para satisfacer su solicitud.

**DERECHO A CORRECCIONES:** Usted tiene derecho a solicitar que corriamos su PHI siempre y cuando dicha información se encuentre en nuestra oficina. Para este tipo de solicitud, debe presentar una solicitud por escrito al Encargado de Asuntos de Privacidad. También debe explicar el motivo de la solicitud. Podemos rechazar su solicitud en determinados casos, por ejemplo, si no lo solicita por escrito o si no explica el motivo de dicha solicitud.

**DERECHO A RECIBIR UN DETALLE DE LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN:** Tiene derecho a solicitar un “detalle” de la revelación de su PHI, en determinados casos. La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita, pero se podría cobrar un costo razonable si pide otras listas dentro del mismo periodo de 12 meses. Le informaremos estos costos, y usted podrá elegir cancelar la solicitud en cualquier momento antes de que se haya incurrido en gastos.

**QUEJAS:**

Si usted cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se tomarán represalias o acciones en su contra por haber presentado una queja.