



Su información. Sus derechos. Sus responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información.

Por favor revíselo cuidadosamente.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene algunos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades que le servirán de ayuda.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información clínica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Solicite corregir su registro médico

- Puede solicitarnos que corrijamos su información médica y que considere incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días de la solicitud.

Solicite comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Sus Derechos *continua*

Pídanos limitar la información que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si eso afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o cobro de nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
- Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes nosotros compartimos su información

- Si paga por un servicio o artículo de atención médica en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o cobro de nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
- Usted puede solicitar una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué. I
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos solicitó). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elija a alguien que actúe por usted

- Si le otorgó a alguien un poder médico o si es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona esté autorizada y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presente un reclamo si considera que se han violado sus derechos

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos contactándonos a nuestra oficina.
- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Derechos Humanos de los EUA.
- Visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información médica, puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos Si tiene una preferencia sobre lo que compartimos de su información en las situaciones a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos cuál es su preferencia y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de pedirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartir información en una situación de ayuda en caso de desastre.
- Incluir su información en un directorio de hospital.
- Contactarlo para esfuerzos de recaudación de fondos.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos continuar y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

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

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información
- La mayoría de las notas de psicoterapia

En el caso de recolección de fondos:

- Podemos contactarlo para recolección de fondos, pero si lo desea no volveremos a contactarlo otra vez.

Uso y divulgación

¿Cómo normalmente usamos o compartimos su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Tratamiento

- Podemos usar su información de salud y lo compartimos con otros profesionales que le estén tratando.

Ejemplo:

Un médico que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Manejo de la organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarte cuando sea necesario.

Ejemplo:

Utilizamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.

Factura de servicios

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

Ejemplo:

Damos su información a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas leyes para poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayudar con problemas de salud pública y de seguridad

- Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:
- Prevenir enfermedades
- Ayudar con productos de garantía
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospecha de abuso, abandono, o violencia familiar
- Prevenir o reducir amenazas graves para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Hacer investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de la salud.

Cumplir con la Ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

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

Abordar la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir su información de salud:
- Para reclamaciones de compensación a trabajadores.
- Para propósitos de hacer cumplir la ley o con un oficial de la ley.
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Aviso especial:

Tenga en cuenta que la comunicación por correo electrónico a través de Internet no es segura. Si bien puede ser poco probable, existe la posibilidad de que la información que usted incluye en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por terceros, además de la persona a la que se dirige.

No incluya información de identificación personal, como su fecha de nacimiento, o información personal médica y/o de salud mental en los correos electrónicos que nos envíe. Una sola vez no puede diagnosticar su condición de correo electrónico o comunicación escrita.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambio a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio en la red.

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Hope Performance Systems, LLC

Al firmar mi nombre a continuación, certifico que he leído la información anterior. Cualquier pregunta relacionada con las políticas anteriores ha sido discutida. Mi firma también certifica mi comprensión y acuerdo de las políticas anteriores. Entiendo que puedo recibir una copia en papel de este documento si lo solicito

_____ Nombre del Cliente	_____ Firma del Cliente o Representante Legal	_____ Fecha
_____ Firma del Padre, Tutor o Representante Legal (si aplica)	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Amanda Coleman Oficial de privacidad	_____ 843-547-0200 Firma	_____ <i>info@hopeperformancesystems.com</i> Fecha

Last Updated 12/02/2020