



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida, para notificarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, y para notificar a las personas afectadas a raíz de una violación de la información de salud sin garantía. Este Aviso resume nuestras obligaciones y sus derechos relacionados con su información. Nuestros deberes y sus derechos se exponen con más detalle en 45 CFR Parte 164. Estamos obligados a cumplir con los términos de nuestra Notificación que está actualmente vigente.

**1. Usos y divulgaciones que podemos realizar sin autorización escrita.** Podemos usar o divulgar su información médica para ciertos propósitos sin su autorización por escrito, incluyendo las siguientes:

**Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su información para efectos de su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información a otro proveedor de atención médica para que puedan tratarle, recordarle de sus citas, o para proporcionar información sobre tratamientos alternativos y servicios que ofrecemos.

**Pago.** Podemos usar o divulgar su información para obtener el pago por los servicios prestados a usted. Por ejemplo, podemos divulgar información a su compañía de seguro médico u otro pagador de obtener una autorización previa o el pago por el tratamiento.

**Operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar su información para ciertas actividades que son necesarias para operar nuestra práctica y asegurar que nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar la información para entrenar o revisar el desempeño de nuestro personal o tomar decisiones que afectan a la práctica.

**Otros usos o revelaciones.** También podemos utilizar o divulgar su información para otros fines permitidos por la 45 CFR § 164.512 u otras leyes y reglamentos aplicables, incluyendo las siguientes:

- Para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.
- Como es requerido por la ley estatal o federal, como denunciar el abuso, negligencia o algunos otros eventos.
- A medida permitida por las leyes de compensación de trabajadores para su uso en los procedimientos de compensación de trabajadores.
- Para ciertas actividades de salud pública, tales como la presentación de informes de ciertas enfermedades.
- Para ciertas actividades de supervisión de salud pública, tales como auditorías, investigaciones o acciones de licencias.
- En respuesta a una orden judicial, orden judicial o citación en los procedimientos judiciales o administrativos.
- Para ciertas funciones gubernamentales especializadas, tales como las instituciones militares o correccionales.
- Para fines de investigación, si se cumplen ciertas condiciones.
- En respuesta a ciertas solicitudes de aplicación de la ley para localizar a un fugitivo, víctima o testigo, o para reportar muertes o ciertos delitos.  
Para médicos forenses, directores de funerarias, u organizaciones de adquisición de órganos, según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones.

**2. Revelaciones que podemos hacer a menos que se oponga.** A menos que nos indique lo contrario, podemos divulgar su información como se describe a continuación.

A un miembro de su familia, pariente, amigo u otra persona involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica. Vamos a limitar la divulgación de la información relevante a la participación de esa persona en su atención médica o en el pago.

**3. Usos y Divulgaciones con su Autorización por Escrito.** Otros usos y revelaciones no descritos en esta Notificación se harán sólo con su autorización por escrito, incluyendo la mayoría de los usos o divulgaciones de notas de psicoterapia; Usted puede revocar su autorización mediante la presentación de una notificación por escrito al Contacto de Privacidad identificado a continuación. La revocación no será efectiva en el medido en que ya hemos tomado acciones de seguridad sobre la autorización.



- 4. Sus Derechos a Respeto a su información Médica Protegida.** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, deberá enviar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad identificado a continuación.
- Usted puede solicitar restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de la información de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con la restricción solicitada, salvo en la situación limitada en la que usted o alguien en su nombre, paga por un artículo o servicio, y solicitamos que la información relativa a dicho artículo o servicio que no sea revelada a una aseguradora de salud.
  - Normalmente nos comuniquemos con usted por teléfono o por correo a su domicilio. Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos. Cumpliremos con las solicitudes razonables.
  - Usted puede inspeccionar y obtener una copia de los registros que se usan para tomar decisiones acerca de su cuidado o pago por su cuidado, incluyendo una copia electrónica. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de proveer los registros. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias, por ejemplo, si determinamos que la divulgación puede causar daño a usted u otros.
  - Usted puede solicitar que se modifique su información médica protegida. Podemos negar su petición por ciertas razones, por ejemplo, si nosotros no creamos el registro si determinamos que el registro es preciso y completo.
  - Puede recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho de su información de salud protegida. Puede recibir el primer informe en un plazo de 12 meses de forma gratuita. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costes para todas las solicitudes posteriores durante ese período de 12 meses.
  - Usted puede obtener una copia en papel de esta Notificación previa solicitud. Usted tiene este derecho incluso si usted ha aceptado recibir la Notificación electrónica.
- 5. Cambios a esta notificación.** Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y hacer el nuevo Aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si cambiamos materialmente nuestras prácticas de privacidad, publicaremos una copia del aviso actual en nuestra zona de recepción y en nuestro sitio web. Usted puede obtener una copia de la Notificación operativo de nuestra recepcionista u Oficial de Privacidad
- 6. Idaho Health Data Exchange.** Esta oficina ha elegido participar en el Idaho Health Data Exchange (IHDE). Si no desea participar en el IHDE y no desea que su información de atención médica se compartida con otros proveedores médicos involucrados en su atención, Usted puede optar por no participar. Para optar en no participar, Usted debe notificar a nuestro personal y ellos restringirán sus datos de ser enviados. Si opta participar, es posible que compartamos su información de salud protegida con otros proveedores de atención médica quienes participan en su atención a través del IHDE. Se trata de un intercambio seguro de información de salud en todo el estado basado en Internet, con el objetivo de mejorar la calidad y la coordinación de la atención de la salud en Idaho.
- 7. Quejas.** Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando nuestro Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
- 8. Información de Contacto.** Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, o si desea objetar o quejarse de cualquier uso o divulgación o ejercer derechos como se explicó anteriormente, por favor póngase en contacto con:

Oficial de Privacidad:	Esmeralda Cruz
Teléfono:	208.734.3312
Dirección:	794 Eastland Ave. Twin Falls, ID 83301
E-mail:	ecruz@fhsid.org

- 8. Fecha de Vigencia.** Este aviso es efectivo 6 de Enero 2017.