

## ANUNCIO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### ESTE AVISO EXPLICA COMO INFORMACIÓN ACERCA DE UD PUDE SER USADA Y REVELADA Y COMO UD PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad le informa a UD cómo podemos usar o revelar información protegida acerca de su salud para llevar a cabo tratamiento, pago, u otras operaciones del cuidado de salud y para otros propósitos exigidos o permitidos por la ley. “Información de salud protegida” es información acerca de UD que le puede identificar, incluyendo su dirección e información acerca de su condición física o mental actual, pasada, o futura, e información acerca de servicios de salud provistos para estas condiciones. La ley exige que mantengamos la privacidad de su información de salud. Tenemos que cumplir con las estipulaciones del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de cambiar, en cualquier momento, nuestros Procedimientos y Políticas descritos en este aviso y aplicar estos cambios a cualquier información de salud que ya poseemos. Si nos lo pide, le proveeremos con un copia del aviso enmendado al llamar nuestra oficina para pedir que le mandemos una copia por correo, o puede pedir una durante su próxima cita médica.

#### I. Usos y Revelaciones de Información de Salud Protegida Permisibles

- **Tratamiento:** Su doctor médico va a usar o revelar su información de salud protegida para proveer, coordinar y controlar su cuidado de salud y otros servicios relacionados. Por ejemplo, puede ser que relevemos su información protegida de vez en cuando a otros médicos o proveedores de asistencia médica (por ejemplo, a un especialista o laboratorio) quien, si su médico lo pide, puede ayudar en el cuidado de salud, diagnosis o tratamiento.
- **Pago:** Su información de salud protegida puede ser usada, como sea necesario, para obtener pago por sus servicios de asistencia médica. Esto puede incluir actividades que hace su plan de salud antes de aprobar o pagar por los servicios de cuidado de salud que nosotros recomendamos. Estas actividades incluyen: determinar elegibilidad, servicios de evaluación de necesidad médica, y servicios de evaluación de utilización.
- **Operacions de Cuidado de Salud:** Vamos a usar su información de salud protegida para actividades necesarias para nuestra oficina. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, servicios de evaluación de calidad, reviso de empleados, licenciatura, y llevar a cabo o hacer los arreglos para otras actividades de negocio. Por ejemplo, podemos usar un papel de inscripción en la recepción en que le pedimos firmar su nombre e indicar quien es su médico. Cuando su médico está listo, le podemos llamar por su nombre en la sala de espera, también, como sea necesario, podemos usar su información para ponernos en contacto con UD, o para darle recordatorios de cita.

#### II. Usos y Revelaciones Según su Autorización Escrita

No van a haber otras revelaciones o usos de su información de salud protegida sin su autorización escrita, a menos que sean permitadas o requeridas por la ley como indicada abajo. Puede retractar su autorización en cualquier momento al presentar una petición escrita, pero puede ser que ya hayamos revelado o usado su información de salud protegida de acuerdo con lo indicado en su autorización.

#### III. Usos y Revelaciones Permisibles Sin su Autorización y que no Puede Oponer

**Requerido Por la Ley:** Vamos a revelar o usar su información de salud protegida cuando la ley exige que lo hagamos. El uso o revelación será según la ley y será limitado a los requisitos pertinentes de la ley.

**Salud Pública:** Podemos usar or revelar su información de salud protegida para actividades de salud pública, tal como informar

acerca de enfermedades contagiosas, y para investigación o vigilancia; y avisos del Ministerio de Alimentos y Medicinas, y avisos para el Ministerio de Alimentos y Medicinas referentes a medicinas y aparatos médicos.

**Enfermedades Contagiosas:** Podemos revelar su información de salud protegida, si la ley lo autorice, a una persona quien posiblemente haya contraído una enfermedad contagiosa, o quien puede tener riesgo de contraer o comunicar la enfermedad o condición.

**Control de Salud:** Es posible que se nos exija revelar su información de salud protegida a una agencia de control de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades controladoras incluyen, por ejemplo, auditorias, estudios, inspecciones y licenciatura. Agencias del gobierno que desean esta información incluye agencias que controlan el sistema de cuidado de salud, programas de beneficios de gobierno, otros programas controladores del gobierno y para verificar cumplimiento con leyes de derechos civiles.

**Abuso o Descuido:** Podemos revelar su información de salud protegida a un representante de salud pública autorizado para recibir informes acerca de abuso o descuido de niños. Además, podemos revelar su información de salud protegida a un representante de salud pública autorizado para recibir tales informes si creemos que UD haya sido víctima de abuso, descuido, o violencia doméstica.

**Procedimiento Legales:** Podemos revelar su información de salud protegida para procedimientos judiciales o administrativos si una citación o tribunal administrativo lo autorice específicamente.

**Ejecución de la Ley:** Podemos revelar su información de salud protegida para propósitos de ejecutar la ley si es que se cumple con normas legales pertinentes. Por ejemplo, podemos revelar información acerca de alguien quien es, o quien se sospecha ser víctima de algún crimen, para proveer información acerca de un crimen en nuestra oficina, o para informar acerca de un crimen que acaeci en otro lugar.

**Médicos Forenses, Directores de Pompas Fúnebres y Donación de Órganos:** Podemos revelar su información de salud protegida a un médico forense para propósitos de identificación, o para determinar la causa de muerto; a un director de pompas fúnebres, según autorizado por la ley, para ayudar en entierro; o a organizaciones que se encargan de donación de tejidos y órganos.

**Estudios Científicos:** Podemos revelar su información de salud protegida a científicos para estudios aprobados por una junta de revisión institucional que haya recibido una descripción del estudio propuesto y que haya establecido normas para asegurar la privacidad de su información de salud protegida

**Actividades Criminales:** Podemos revelar o usar su información de salud protegida para prevenir una treta sera a salud o seguridad.

Actividades de Las Fuerzas Armadas y Seguridad Nacional: Cuando apliquen condiciones apropiadas, podemos revelar información de salud protegida acerca de miembros de las Fuerzas Armadas (1) para actividades juzgadas necesarias por sus comandantes militares apropiados; (2) para el propósito de determinar elegibilidad para beneficios del Departamento de Asuntos Veteranos, o (3) a autoridades de fuerzas armadas extranjeras si UD es miembro de una fuerza armada extranjera. También podemos revelar su información de salud protegida a oficiales autorizados federales para llevar a cabo actividades de seguridad y vigilancia nacional, incluyendo servicios de protección para el Presidente u otras personas autorizadas legalmente.

Compensación de Obrero: Podemos revelar su información de salud protegida si sea necesario para cumplir con leyes de compensación de obrero u otros programas semejantes formados por la ley.

Socios de Negocio: Podemos revelar su información de salud protegida a ‘socios de negocio’ terceros quienes nos ayudan con asistencia de salud, y quienes comprometen mantener la privacidad de su información de salud.

Revelaciones y Usos Necesarios: Según la ley, tenemos que haber revelaciones a UD cuando requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para comprobar nuestro cumplimiento con las normas de Sección 164.500 et. seq.

#### IV. Derechos del Paciente

Lo siguiente es una declaración de sus derechos referentes a su información de salud protegida junto con una breve descripción de cómo implementar estos derechos.

Tiene el derecho de pedir acceso a su información de salud protegida, o una copia de tal información. Puede pedir recibir una copia de y/o acceso a su información de salud protegida en nuestros registros, incluyendo historiales médicos y registros de factura. Hay que presentar una petición escrita. Las siguientes son las cuotas por hacer copias de historiales médicos:

Petición por paciente:                   \$25.00

Tiene el derecho de pedir una limitación o restricción de su información de salud protegida. Nos puede pedir no usar o revelar cualquier parte de su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de asistencia de salud. No se exige a nosotros cumplir con su petición. Si estamos de acuerdo, no vamos a compartir la información a menos que sea necesario para proveer asistencia de salud en una emergencia, o cuando la información sea necesaria para proveerle con tratamiento. Puede pedir una restricción por medio de llenar el formulario “Petición de Restricción de Información” (en inglés, “Restriction Request Form”) disponible en la recepción. Va a recibir una respuesta dentro de siete (7) días de nosotros recibir su petición. Su médico puede rechazar su petición si él o ella cree que le serviría de ayuda permitir el uso o revelación de su información de salud protegida.

Tiene el derecho de pedir recibir comunicaciones confidenciales acerca de asuntos médicos en una manera o lugar alternativo. Vamos a cumplir con peticiones razonables. Como condición de esta comunicación alternativa, podemos pedirle por información acerca de cómo quiere pagar por sus servicios y pedir que nos dé una dirección alternativa, u otro método de ponernos en contacto con UD. No le vamos a pedir que explique las razones por su petición. Por favor presente su petición escrita a nuestro gerente de oficina.

Tiene el derecho de pedir una enmienda de su información de salud protegida. Puede pedir una enmienda de su información de salud

protegida en un juego específico de historiales médicos si todavía tenemos la información. En algunos casos podemos negar su petición de enmienda. Si rechazamos su petición, tiene el derecho de presentarnos con una declaración de desacuerdo, para la cual podemos preparar una refutación. Si hay una refutación, CPMG le va a proveer una copia de tal refutación. Por favor, si desee pedir hacer una enmienda a su historial médico, llene el formulario “Petición de Enmienda (en inglés, “Amendment Request Form”) que se encuentra en la recepción.

Tiene el derecho de recibir información acerca de ciertas revelaciones de su información de salud protegida, si hemos hecho revelaciones. Este derecho aplica a revelaciones no hechas por los propósitos de tratamiento, pago u operaciones de asistencia de salud, y no hechas de acuerdo con una autorización válida descrita en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Excluye revelaciones hechas a UD, o a familiares o amigos involucrados con su cuidado de salud, o para propósitos de notificación. Tiene el derecho de recibir información específica acerca de estas revelaciones si ocurrieron después del 14 de abril, 2003. Puede pedir un plazo de tiempo más corto. El derecho de recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

Tiene el derecho de recibir una copia papel de este aviso, sin importar si haya acordado recibir una copia de este aviso electrónicamente.

#### V. Quejas

Si UD cree que hemos dado la debida protección a su privacidad, que hemos violado sus derechos de privacidad, o si UD no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca de sus derechos, puede ponerse en contacto con nuestro Oficial de Privacidad, Andrea Kennedy al (559) 228-5400 o por correo electrónico [AKennedy@santehealth.net](mailto:AKennedy@santehealth.net). También es posible presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services  
Office for Civil Rights  
Attn: Regional Manager  
50 United Nations Plaza, Room 322  
San Francisco, CA 94102  
1-415-437-8310

Fresno Gastroenterology asegura que si presenta una queja no será castigado ni van a hacer cambios en los servicios que recibe de nosotros.

Este aviso se publica y tiene vigencia el 14 de abril, 2003.