



Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
FAVOR DE LEERLO CON ATENCIÓN.

En el centro de dolor de Arizona, P. C. "El Centro de Dolor", que incluye a otros profesionales de la salud independientes, entendemos que su información médica sobre usted y su salud es personal. Nuestra práctica está comprometida a proteger su información médica. Estamos obligados por las leyes federales y estatales para mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida (IdSP) y para darle este aviso explicando nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información. Este aviso explica sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a la privacidad de su IdSP.

Información de salud protegida es información que lo identifica a usted individualmente. Puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de la oficina, otro proveedor de atención médica, su plan de seguro médico, su empleador o entidades de intercambio de atención médica que se refiere a (1) pasado, presente o futuras condiciones físicas, (2) la provisión de cuidado médico a usted, o (3) el pago pasado, presente o futuro de su atención médica.

Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida:

1. **Tratamiento:** Su IdSP puede ser proporcionada a un médico o profesional de la salud a quien usted ha sido referido, para asegurar que tengan la información necesaria para diagnosticar, tratar o proveer un servicio.
2. **Pagos:** Su IdSP puede usarse y divulgarse para que podamos facturar y cobrar el pago, ya sea de usted, un plan de salud o de un recurso tercero para el tratamiento y los servicios que usted recibe de nosotros. Como ejemplo, es posible que necesitemos dar el plan de salud de su tratamiento para que su plan de salud este de acuerdo en pagar por ese tratamiento.
3. **Operación de Atención Médica:** Podemos utilizar y divulgar su IdSP a fin de apoyar las actividades comerciales de la oficina de su médico. Las actividades incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de los miembros de nuestro equipo en el cuidado de usted, evaluación de la calidad, la divulgación de información a los médicos, enfermeras, técnicos médicos, estudiantes de medicina y algún personal autorizado para fines educativos y de aprendizaje.
4. **Recordatorios de citas / Tratamiento Alternativas / Servicios Relacionados con la Salud:** Podemos utilizar y divulgar su IdSP para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita médica programada o para informarle de opciones o alternativas de tratamiento o

beneficios y servicios que puedan ser relacionados con la salud y puede ser de interés para usted.

5. Según lo Exige la Ley: Revelaremos su IdSP cuando sea requerido por leyes internacionales, federales, estatales o locales. Los ejemplos incluyen:

- las actividades de salud pública, incluyendo reportar informes de ciertas enfermedades transmisibles,
- Indemnización laboral o programas similares según lo exige la ley
- Autoridades, cuando sospechamos abuso, negligencia o violencia doméstica,
- Agencias de supervisión de salud,
- Una orden de un tribunal ordinario o administrativo para un proceso judicial o administrativo
- Propósitos para aplicación de la Ley,
- Examinador médico, médico forense, o director de la funeraria,
- La facilitación de órganos, ojos, o la donación de tejidos si usted es un donante de órganos,
- Para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad, o la de otras
- Para fines gubernamentales, tales como el servicio militar o para la seguridad nacional; y
- En caso de una emergencia o para el alivio de desastres

6. Marketing y fines que requieren la venta de su información: Estas revelaciones requieren su autorización por escrito.

7. Asociados comerciales: Podemos compartir su IdSP con otros individuos o empresas que llevan a cabo diversas actividades para, o en nombre de nuestra oficina, tal como contestador de teléfono después de horarios de negocio, control de calidad, o la investigación clínica. Nuestros socios comerciales están de acuerdo para proteger la privacidad de su información.

8. Cualquier otro uso o divulgación no registrados en este Aviso se harán sólo con su autorización por escrito. Usted puede revocar la autorización en cualquier momento mediante la presentación de una revocación por escrito y nosotros no divulgaremos su IdSP excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o divulgación indicada en la autorización.

SU EXPEDIENTE MÉDICO ES PROPIEDAD FÍSICA DE THE PAIN CENTER OF ARIZONA. LA INFORMACIÓN CONTENIDA PERTENECE A USTED. A CONTINUACIÓN HAY UNA LISTA DE SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD INDIVIDUAL IDENTIFICABLE. TODAS LAS SOLICITUDES RELACIONADAS CON ESTOS ARTÍCULOS SE DEBEN HACER POR ESCRITO A NUESTRO OFICIAL DE PRIVACIDAD A LA DIRECCIÓN INDICADA ABAJO. LE PROPORCIONAREMOS CON FORMAS ADECUADAS PARA EJERCER ESTOS DERECHOS. VAMOS A NOTIFICAR A USTED, POR ESCRITO, SI SU SOLICITUD NO SE PUEDE CONCEDER.

1. El Derecho a inspeccionar y copiar: Bajo la ley federal tiene el derecho de inspeccionar y copiar su IdSP y The Pain Center of Arizona tiene hasta 30 días para hacer disponible su

IdSP a usted, tarifas pueden aplicar.

2. El Derecho a una copia electrónica de registros médicos electrónicos: Usted tiene el derecho de solicitar que se le dé una copia electrónica de su IdSP a usted o transmitido a su oficial designado. Vamos a hacer todo lo posible para proporcionar la copia electrónica en el formato que usted solicite sin embargo si no es fácilmente producible por nosotros vamos a ofrecer en cualquiera de nuestro formato estándar o en forma imprimida (tarifas pueden aplicar).

3. Restricciones de uso y divulgación: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación a la información médica protegida que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago o operación de atención médica. Usted puede pedirnos que no usemos o revelemos cualquier parte de su IdSP y por las leyes debemos cumplir cuando el IdSP se refiere exclusivamente al tema de atención médica o servicio que el proveedor de cuidado de la salud involucrados se ha pagado de su bolsillo en su totalidad. Su petición debe ser hecha por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA con instrucciones específicas. Si estamos de acuerdo con la restricción, sólo puede estar en violación de la restricción para los propósitos de tratamiento de emergencia. Por ley, usted no puede solicitar restringir la divulgación de su PHI para propósitos de tratamiento.

4. El Derecho a Obtener un Aviso de Infracción: Usted tiene el derecho a ser notificado sobre cualquier incumplimiento de su IdSP incierta.

5. El Derecho a solicitar enmiendas: Si usted cree que su IdSP que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos enmendar la información. La solicitud y la razón de la enmienda solicitada debe ser por escrito al Oficial de Cumplimiento de HIPAA mencionado al final de este aviso. En ciertos casos podemos negar su petición. Si rechazamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y se le proporcionará una copia.

6. El Derecho a una Contabilidad de Revelaciones: Usted tiene el derecho a recibir un informe de todas las divulgaciones: en proseguir una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerido por la ley, que haya ocurrido seis años anterior a la fecha de la solicitud. Su petición debe hacerse por escrito y debe indicar en qué forma desea la lista, por ejemplo, en papel o electrónicamente. El primer informe de divulgaciones en cualquier período de 12 meses será gratuita. Las solicitudes adicionales dentro de ese mismo período se puede cobrar costos razonables. Usted puede retirar o modificar su solicitud antes que se incurran los costos.

7. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sólo en ciertas formas para preservar su privacidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por correo a una dirección específica o llamarle a un número de teléfono específico. Su solicitud debe ser hecha por escrito con instrucciones específicas sobre cómo y dónde nos podemos comunicar con usted. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables y no le pediremos el motivo de

su solicitud.

8. Copia de la Notificación: Usted tiene el derecho de solicitar una copia en papel de este aviso de las prácticas de privacidad.

Si tiene preguntas sobre este aviso, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad de The Pain Center of Arizona en 5281 N. 99th Avenue Suite 100, Glendale, AZ 85305 o 714.319.1528. Si usted siente que sus derechos han sido violados, usted tiene el derecho a presentar una queja por escrito con nuestra oficina. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No habrá represalias por presentar una queja.

He recibido una copia del Aviso de esta oficina de Prácticas de Privacidad que describe cómo la información confidencial del paciente será utilizada, divulgada y protegida.

Nombre en molde (Printed name)	Relación si es Armado por otro individuo aparte de paciente Name/Relationship if Signed by Individual Other than Patient
--------------------------------	--

Firma (Signature)	Fecha (Date)
-------------------	--------------

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of this Notice of Privacy Practices but could not because:

Individual Refused to Sign Communication Barrier

Care Provided was Emergent Other: _____

Employees Initials/Date_____