
ARAN EYE ASSOCIATES

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (QUE EN ADELANTE SE CONOCERÁ COMO ‘AVISO’) DESCRIBE COMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA POR NOSOTROS SU INFORMACIÓN DE SALUD, Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE. Su información de salud, en lo que se refiere a este Aviso, es generalmente cualquier información que lo identifique, y que es creada, recibida y mantenida o transmitida por nosotros durante el transcurso de tiempo en que nosotros estemos ofreciéndole servicios o materiales (en este Aviso los servicios serán referidos como ‘información de salud’).

La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (“HIPPA” por sus siglas en inglés) y otras leyes aplicables que mantienen la privacidad de su información de salud, nos exigen que le facilitemos este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a esa información, y debemos cumplir las normas de este Aviso. También estamos obligados por la ley de notificar a las personas afectadas sobre cualquier violación de seguridad en su información de salud.

USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SIN AUTORIZACIÓN PREVIA

Las razones más comunes por las que utilizamos o divulgamos su información de salud son por tratamiento, pagos o por servicios en el cuidado de su salud. Algunos ejemplos de cómo utilizamos o facilitamos su historial médico con fines de tratamiento son: para fijar una cita con el médico; examinar o realizar pruebas en sus ojos; para procedimientos quirúrgicos; con el fin de referirlo a otro doctor o clínica del cuidado de la visión para que le hagan algún tratamiento, o para obtener copias de su historial médico de otro profesional que usted ha visto con anterioridad a atenderse con nosotros. Ejemplos de cómo divulgamos o utilizamos su historial de salud para cobrar nuestros servicios son: pidiéndole que nos facilite

información sobre su plan de salud o visión, o que nos facilite información de otras fuentes de pago; para enviar facturas o reclamaciones; y con el propósito de cobrar sumas de dinero que están sin pagar (bien sea que lo

hagamos nosotros mismos, o por medio de agencias de cobros o de un abogado). “Operaciones del cuidado de la

salud” son aquellas funciones que realiza la dirección de esta empresa para poder administrar nuestra oficina. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud son: para realizar auditorías financieras o de facturación; en el control de calidad interna; con referencia a decisiones del personal; en la participación de programas del cuidado administrado de la salud; en asuntos de defensa o legales; en planificaciones de la empresa, y en el almacenamiento de expedientes fuera de la oficina.

OTRAS MANERAS A LAS QUE PODEMOS RECURRIR PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SIN SU AUTORIZACIÓN O CONSENTIMIENTO

En algunas situaciones especiales, la ley permite o requiere que utilicemos o divulguemos información sobre su salud sin su previo consentimiento o autorización. No todas estas situaciones aplican a nuestra entidad, y algunas de ellas nunca llegarán a realizarse en nuestra oficina. Los usos y divulgaciones pueden ser los siguientes:

- cuando una ley estatal o federal ordene que cierta información de salud sea reportada para un fin específico;
- or razones de salud pública, como por ejemplo cuando hay que reportar enfermedades contagiosas para investigación o para seguimiento de la enfermedad; y también como avisos de o para la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) relacionados con medicamentos o dispositivos médicos;
- para informar a las autoridades gubernamentales sobre sospechas de víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- para monitorear las actividades de la salud, sus usos y divulgaciones como son por ejemplo, la licenciatura de doctores; las auditorías del Medicaid o Medicare; o para la investigación de posibles violaciones en las leyes del cuidado de la salud;
- para ofrecer información en un proceso administrativo o judicial como son las respuestas a citaciones, o a órdenes judiciales y de agencias administrativas;

SU INFORMACIÓN REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

- en procesos judiciales como son facilitar información sobre alguien que se sospecha pueda ser o es víctima de un delito grave; ofrecer información sobre un delito que se ha llevado a cabo en esta oficina; o para reportar un delito que sucedió en algún otro lugar.
- entregar información al médico forense para identificar a una persona que ha fallecido, o para determinar la causa de su muerte; o a los directores de funerarias para ayudar con su entierro; o a las organizaciones que están encargadas de la donación de órganos y tejidos;
- divulgar información en investigaciones relacionadas con la salud;
- divulgar información para prevenir una amenaza a la salud o a la seguridad;
- divulgar información para funciones gubernamentales especializadas, como son la protección del presidente o de oficiales del gobierno en posiciones altas; para actividades legales de inteligencia nacional, con fines militares, o para la evaluación y salud de los miembros del servicio diplomático;
- divulgar información no-identificable;
- divulgar información de programas de indemnización al trabajador por riesgo de laboral;
- divulgar un “conjunto de datos limitados” para investigación, salud pública u operaciones del cuidado de salud;
- divulgar datos casuales que son subproductos inevitables de usos permitidos;
- divulgar información a “asociados comerciales” y sus subcontratistas los cuáles llevarán a cabo operaciones del cuidado de la salud en nuestro nombre, y quiénes se comprometen a respetar la privacidad de su información de salud de acuerdo a la Ley Federal HIPPA.

A no ser que usted se oponga, nosotros también compartiremos información con relación a su cuidado de salud con cualquiera de sus representantes personales quienes lo están ayudando con el cuidado de su visión. A su fallecimiento podríamos divulgar información sobre su salud a los miembros de su familia, o a otra persona que intervino en su cuidado, o para realizar cobros por el cuidado de su salud antes de su fallecimiento (como es por ejemplo un representante personal). Esta información sería revelada siempre y cuando sea relevante con la participación de estos representantes en el proceso de su cuidado, y dicha revelación de información no resulte inconsistente con las preferencias que nos expresó antes de su muerte.

USOS Y FORMAS ESPECÍFICAS EN LAS QUE LA DIVULGACIÓN DE

A continuación algunos usos y formas específicas de divulgación de su condición de salud que no podremos ofrecer **sin previamente obtener** su autorización:

Actividades de marketing o comerciales. Antes de utilizar o difundir su información de salud para *marketing* o con fines comerciales, tenemos la obligación de obtener su autorización, a no ser que esas comunicaciones comerciales sean realizadas por nosotros en persona; con personas individuales, o con fines promocionales de valor nominal. Si esas actividades de *marketing* están relacionadas con pagos monetarios hechos a nosotros por terceros, su autorización debe incluir el consentimiento a dicho pago.

Comercialización de información de salud. En estos momentos nosotros no comercializamos o planeamos comercializar nuestra información de salud. De llegar a hacerlo, tendríamos que obtener antes su autorización para divulgar su información.

Notas de psicoterapia. Aunque no tomamos ni guardamos notas de psicoterapia de nuestros pacientes, estamos obligados a obtener su autorización antes de usar o divulgar ese tipo de notas.

SUS DERECHOS CUANDO OTORGA SU AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS O DIVULGACIONES

- Solo con su autorización por escrito podremos usar o divulgar su información de salud para otros usos no especificados en este Aviso.
- Usted puede darnos su autorización por escrito y permitirnos utilizar su información de salud, o divulgarla a cualquiera y para cualquier fin.
- Obtendremos su autorización por escrito para aquellos usos y divulgaciones de su información de salud con fines no identificados en este Aviso, o que no están permitidos por la ley.
- Debemos regirnos por sus deseos de restringir divulgar de su información de salud a un plan de salud, si esa divulgación no está requerida por la ley y tiene como propósito realizar cobros por el cuidado de su salud. Esta información se refiere únicamente al cuidado de la salud, o algún servicio por el que usted ha

pagado en su totalidad (o que otra persona aparte de su plan de salud, ha pagado en su totalidad y en su nombre).

Usted puede revocar en cualquier momento y por escrito cualquier autorización que usted nos haya proveído con anterioridad con relación al uso y divulgación de su información de salud. Una vez que usted revoque la autorización, nosotros dejaremos de utilizar o divulgar su información de salud por las causas especificadas en dicha autorización. Sin embargo, y por regla general, no podremos retractarnos de aquella información que ya hayamos ofrecido con su autorización. También podríamos estar obligados a revelar información de salud las veces que sea necesario con el fin de obtener pagos por servicios recibidos por usted antes de la fecha que usted haya revocado la autorización.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene muchos derechos con relación a la confidencialidad de su información de salud. Estos derechos son:

- **Solicitar restricciones sobre cómo usar o divulgar su información de salud con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud.** Sin embargo, no estamos requeridos a aceptar estas restricciones solicitadas. Para solicitar alguna restricción, por favor envíenos su petición por escrito a la dirección que aparece más abajo.
- **Recibir comunicaciones confidenciales de información sobre su salud en cualquier otra forma que no sea la descrita en nuestro formulario de solicitud de autorización.** Usted debe realizar sus peticiones por escrito, dirigidas a la dirección que aparece más abajo. Sin embargo, nos reservamos el derecho a determinar si de acuerdo a las nuevas restricciones de su autorización, podremos continuar con su tratamiento.
- **Inspeccionar o copiar su información de salud.** Si desea revisar u obtener una copia de su información de salud, debe enviar su petición por escrito a la dirección que aparece más abajo. Si solicita una copia del expediente, podríamos cobrarle una tarifa por el costo de copiar, enviar o por cualquier otra actividad relacionada con esta información. En

algunos casos, y de acuerdo a la ley, podríamos denegar su petición a inspeccionar o copiar su expediente de salud.

- **Modificar su historial/información de salud.** Si usted cree que la información de salud que tenemos sobre su persona está incorrecta o incompleta, nos puede pedir que esta sea enmendada o corregida. Para pedir una corrección, nos puede escribir a la dirección que aparece más abajo y proveernos de la razón por la cual usted hace esta petición. Podríamos denegar esta petición si usted no se dirige a nosotros por escrito, o no nos informa sobre la razón por la que hace este pedido. También podríamos denegar su petición si la información de salud:
 - No fue creada por nosotros, o la persona que completó la información no está ya disponible para hacer la corrección.
 - La información que desea cambiar no forma parte del historial de salud que se guarda en nuestros archivos.
 - No es parte de la información permitida para ser copiada o inspeccionada; o
 - La información en su historial médico está correcta y completa.
- **Para recibir un reporte sobre su información de salud.** Usted debe hacer su petición por escrito a la dirección que aparece más abajo. No toda la información de salud que se encuentra en su expediente está sujeta a este pedido. Su solicitud debe especificar las fechas comprendidas de la información que desea recibir, y no debe comprender más de 6 años anteriores a la fecha de su solicitud, ni tampoco incluir las fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su petición debe especificar como quisiera recibir el reporte (copia impresa, de forma electrónica, etc.).
- **Para designar a otra persona a que reciba su información de salud.** Si en la petición para acceder a su información de salud usted nos pide que le enviemos una copia de su historial de salud directamente a otra persona, esa petición debe ser hecha por usted, por escrito, a la dirección que aparece más abajo y en ella identificar claramente a la persona designada por usted para recibir la información y la dirección adonde se le debe enviar.

Persona a contactar:

Si desea hacer cualquier pregunta, petición, o para mayor información relacionada con la privacidad de su información de salud, la persona a contactar en nuestra organización es:

Quejas:

Si usted cree que no hemos respetado debidamente la privacidad de su información de salud, está en libertad de presentar una queja, tanto a nosotros directamente, como al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias en su contra en caso de que realice una queja. Si desea presentar un reclamo, envíelo por escrito a nuestra oficina a la dirección ya mencionada, o por fax o por correo electrónico (e-mail), a la persona de contacto mencionada anteriormente. Si prefiere, puede conversar su queja con nosotros, en persona o por teléfono.

Cambios a este Aviso:

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y a aplicar nuevas prácticas sobre la información de salud que ya tenemos sobre usted en nuestros archivos. Cualquier enmienda que hagamos a las prácticas de privacidad será comunicada en un Aviso enmendado que publicaremos en un lugar relevante en nuestra oficina. También puede solicitar copias de este Aviso en nuestra área de recepción.

Este Aviso ha sido revisado y está en vigor desde el _____, 20__.

ACUSE DE RECIBO

Declaro que he recibido una copia del Aviso de Prácticas Privadas de ARAN EYE ASSOCIATES.

Fecha _____

Nombre del Paciente _____

Firma _____