

## **AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION DE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA, DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE ESTO CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACION DE SU SALUD ES MUY IMPORTANTE PARA ASTHMA & ALLERGY ASSOCIATES of Florida (AAAF).

---

*ÉSTA NOTIFICACIÓN ABARCA A TODAS LAS ENTIDADES QUE SE SEÑALAN A CONTINUACIÓN QUE LES ESTÁN PRESTANDO SUS SERVICIOS MÉDICOS.* Todos los empleados, médicos, asistentes de médicos, enfermeras con título de ayudante médica, enfermeras, personal administrativo y cualquier otro tipo de profesional de la salud que le esté prestando servicios por medio de AAAF debe someterse a las normas establecidas en esta notificación reguladora de la práctica privada. La AAAF tiene el derecho de compartir la información de su expediente médico con las entidades que se señalan para así prestarle un servicio adecuado.

---

### **PRIMERA PARTE - NUESTRA OBLIGACION LEGAL**

De acuerdo a las leyes estatales y federales estamos requeridos a mantener en privado la información de su salud. También estamos requeridos a darle esta notificación por escrito acerca de nuestra privacidad en la práctica, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a la información de su salud. Nosotros estamos obligados a seguir las leyes de la privacidad en la práctica que aparecen en esta notificación mientras esta en efecto. Esta notificación tomo efecto en 04/14/2003 y seguirá efectiva hasta que consideremos reemplazarla.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra privacidad en la práctica y los términos de esta notificación en cualquier momento, si empre y cuando estos cambios sean permitidos por la ley. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestra privacidad en la práctica y la efectividad de nuevos términos para toda la información de la salud que nosotros poseemos, incluyendo información de la salud que hallamos creado o recibido antes de haber hecho los cambios. Antes de hacer cambios significativos a la privacidad de nuestra practica, nosotros cambiaremos esta notificación y haremos una Notificación nueva que este disponible para cuando usted la solicite.

Usted puede solicitar una copia de esta Notificación en cualquier momento. Para mayor información acerca de nuestra privacidad en la práctica o para copias adicionales de esta Notificación por favor contáctenos utilizando la información que encontrara al finalizar esta Notificación.

### **SEGUNDA PARTE – UTILIZACION Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE LA SALUD**

Nosotros utilizamos y divulgamos la información de su salud, pago y operaciones del cuidado de su salud; por ejemplo:

**Tratamiento:** Nosotros podemos utilizar o divulgar la información de su salud a su medico de cabecera u otro proveedor del cuidado de la salud que lo este tratando.

**Pago:** Nosotros podemos utilizar y divulgar la información de su salud para obtenerle pago por los servicios prestados a usted.

**Funcionamiento del Cuidado de la Salud:** Nosotros podemos utilizar y divulgar su información de la salud sin tener intervención del funcionamiento de la salud. Funcionamiento de la Salud incluye actividades de mejoramiento y evaluaciones de calidad, evaluación de competitividad de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de los proveedores y de los que ejercen la práctica, programas de entrenamiento, acreditación, certificación, obtención de licencias o actividades de credencialización.

**Su Autorización:** Para la utilización de la información de su salud en caso de pagos o funcionamiento de la salud, usted debe darnos una autorización por escrito para nosotros poder utilizar o divulgarla a quien sea para cualquier propósito. Si usted nos da la autorización, usted puede revocar esa autorización en cualquier momento por medio de una carta firmada. Su revocación no afectará el uso o la utilización de la información autorizada mientras estuvo efectiva. Al menos de que usted nos haya dado por una notificación por escrito. Nosotros no podemos utilizar o divulgar la información de su salud por ninguna razón a excepción de las que están descritas en esta Notificación.

**Usted, Su Familia y Amigos:** Nosotros solo podemos divulgar la información de su salud a usted como esta descrito en los derechos del paciente en esta notificación. Nosotros no podemos divulgar la información de su salud a ninguno de los miembros de familia, amigos o alguna otra persona que este relacionada con la ayuda del pago o del cuidado de su salud. Se divulgará esta información solo si usted lo autoriza que nosotros divulguemos la información de su salud.

**Personas relacionadas con el Cuidado:** Nosotros podemos utilizar o divulgar la información de su salud para notificar asistir en la notificación (incluyendo la identificación o la localización ) de un miembro de familia, su representante personal o alguna otra persona responsable por su cuidado, el cuidado en general o la muerte. Si usted esta presente, entonces antes de utilizar o divulgar la información de su salud, nosotros le damos la oportunidad de refutar la utilización o divulgación de dicha información. En caso de una incapacidad o circunstancias de emergencia, nosotros divulgaremos su información, basados en nuestro criterio profesional y aquella información divulgada será la que esta discretamente relacionada con la personal que esta cuidando su salud. Nosotros también utilizaremos nuestro criterio profesional y nuestra experiencia en la práctica común para hacer inferencias razonables para determinar que persona debe o puede recibir sus prescripciones, rayos x, implementos médicos, o otras cosas similares de información de la salud.

**Servicios Relacionados con el Mercadeo de La Salud:** Nosotros no utilizaremos la información de su salud para comunicaciones de mercadeo sin tener una autorización por escrito de parte suya.

**Requerimientos de la Ley:** Nosotros utilizaremos o divulgaremos la información de su salud cuando sea requerido por la ley.

**Abuso o Negligencia:** Nosotros podemos divulgar a las autoridades apropiadas la información de su salud si nosotros lo consideramos apropiado, porque usted puede ser una posible víctima de abuso, negligencia, violencia domestica o posible víctima de otros crímenes. Nosotros podemos divulgar la información de su salud tanto como sea necesario para evitar una amenaza a la misma o la seguridad de su salud o de otros.

**Seguridad Nacional:** Nosotros podemos divulgar a las autoridades militares la información de personal de las fuerzas armadas bajo cualquier circunstancia. Nosotros podemos divulgar a oficiales federales autorizados información de la salud que sea requerida para la ley de inteligencia, y otras autoridades de la seguridad nacional. Nosotros podemos divulgar a instituciones correccionales o a los oficiales que forjan el cumplimiento de la ley que tengan la custodia legal de información que sea protegida por la ley de aquellos pacientes que estén bajo circunstancias legales.

**Confirmación de Citas:** Nosotros podemos utilizar o divulgar la información de su salud para proveer recordarle las citas (como mensajes de buzón, tarjetas o cartas).

---

### TERCERA PARTE – DERECHOS DEL PACIENTE

**Acceso:** Usted tiene el derecho de observar o hacer copias a la información correspondientes a su salud. Usted puede requerir que se le entregue su información en un formato que sea diferente a la forma tradicional de copias. Nosotros se lo entregaremos en el formato que usted lo haya solicitado siempre y cuando tengamos ese formato. Usted debe pasarnos por escrito la solicitud para tener acceso a su información médica. Usted puede obtener una solicitud si nos contacta a nosotros, la información de cómo contactarnos esta en la última pagina de esta notificación. Nosotros le cobraremos un costo razonable por los gastos, como tiempo de nuestros empleados. Usted también puede obtener acceso mandándonos una carta a la dirección que encontrara al final de esta notificación. Si usted solicita fotocopias, nosotros le cobraremos \$1.00 por copia, y \$10.00 por hora de empleado por localizar y copiar su información, mas las estampillas de correo si necesita que la información sea enviada por correo. Si usted solicita una forma alterna, nosotros le cobraremos un costo de acuerdo a lo que cueste el formato en que usted requirió. Si usted prefiere, nosotros preparamos un resumen o una explicación de la información de su salud por un costo. Contáctenos utilizando la información que esta al final de esta notificación para una explicación completa de nuestra estructura de costos para cada una de las solicitudes antes mencionadas.

### CUARTA PARTE – COMO PEDIR AYUDA O DAR QUEJAS

Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados puede quejarse a los siguientes funcionarios de privacidad de AAAF:

<u>Funcionarios de Privacidad</u>  Gina Hernandez 7800 S.W. 87th Avenue Suite C-340 Miami, Florida 33173 Phone: 305-595-0109 <a href="mailto:ghernandez@allergyweb.com">ghernandez@allergyweb.com</a>	<u>Oficina encargada de los derechos civiles</u>  U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW, HHH Building, Room 509H Washington D.C., 20201 Phone: 866-627-7748 TYY: 886-788-4989 Online: <a href="http://www.hhs.gov/ocr">www.hhs.gov/ocr</a>
--	---