



Metroplex Medical Centres

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICA TOCANTE A USTED PODRA SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISARLA CUIDADOSAMENTE

Quien presenta este aviso

Este aviso describe las prácticas de privacidad del centro médico Metroplex Medical Centres y de sus empleados, así como del personal médico y de los profesionales de la salud asociados que ejercen en el centro médico. En este Aviso, el centro médico y los Profesionales de la Salud participan en muchas actividades conjuntas y prestan servicios en un entorno de cuidados clínicamente integrado, el centro médico y los Profesionales de la Salud son personas jurídicas separadas. Este Aviso se aplica a los servicios que se le prestan en Plaza Medical Centre como paciente o a cualquier otro servicio que se le prestan que implique el uso o divulgación de información sobre su salud.

Obligaciones de privacidad

A los centros médicos y a los Profesionales de la Salud se les exige por ley mantener la privacidad de la información sobre su salud ("Información Medica Protegida" o "PHI", por sus siglas en ingles) y darle a conocer a usted a través de este Aviso las obligaciones legales y las prácticas de privacidad correspondientes a su Información Medica Protegida. El Centro médico y los Profesionales de la Salud usan sistemas computarizados que pueden divulgar electrónicamente la Información Medica Protegida sobre su salud a los efectos de tratamiento, pago y/u operaciones de cuidado de salud, tal y como se describe más abajo. Al usar o divulgar la información Medica Protegida sobre su salud al Centro médico y a los Profesionales de la Salud se les exige atenerse a los términos de este aviso (o de otro en vigor al momento del uso o divulgación).

Usos y divulgaciones permisibles sin la autorización por escrito de usted

En determinadas situaciones tiene que constar su autorización por escrito para usar y/o divulgar su PHI. Sin embargo, el Centro médico y los Profesionales de la Salud no necesitan que usted de tal autorización en los siguientes casos de uso y divulgación:

Usos y divulgaciones para tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de salud. Su PHI puede usarse y divulgarse para darle a usted tratamiento médico, cobrar los servicios prestados a usted y llevar a cabo "operaciones de cuidado de salud" tal y como se detalla más abajo:

- Tratamiento. Su PHI puede usarse y divulgarse para brindarle a usted tratamiento y otros servicios como, por ejemplo, para el diagnóstico, y tratamiento de sus lesiones o enfermedades. Además, usted puede ser contactado para recordarle sus citas o darle información sobre alternativas del tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud que pudieran resultarle de interés. Su PHI puede divulgarse también a otros proveedores

participantes en su tratamiento. Por ejemplo, un doctor que lo trata a usted por fractura de la pierna podría necesitar saber si usted padece de diabetes porque, de ser así, esto pudiera afectar su recuperación.

- Pago. Su PHI pudiera usarse y divulgarse para cobrar los servicios prestados a usted como, por ejemplo, divulgaciones para reclamar y cobrar pagos a su aseguradora de salud, HMO u otra compañía que ordene o pague los costos parciales o totales de su cuidado de salud ("Su Pagador") para verificar si Su Pagador pagara su cuidado de salud. El médico que revise su radiografía pudiera facturarle a usted o a su Pagador por ello y, en consecuencia, su información de fracturación pudiera compartirse con ese médico.
- Operaciones de cuidado de salud. Su PHI pudiera usarse y divulgarse para operaciones de cuidado de salud, que incluyen planificación y gestión interna y varias actividades para mejorar la calidad y la relación costo-beneficio de la atención médica que se le presta a usted. Por ejemplo, su PHI puede usarse para evaluar la calidad y competencia de médicos, enfermeras(os) y otros trabajadores de la salud. Su PHI puede divulgarse a la Oficina de Privacidad y Cumplimiento Normativo del Centro medico para resolver cualesquiera reclamaciones suyas y asegurar que su visita le resulte agradable. Su PHI puede brincar a varias entidades gubernamentales o de acreditación tales como la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de la Salud para mantener nuestra licencia y acreditación. Además, su PHI pudiera compartirse con socios empresariales encargados del tratamiento, cobro y servicios de operaciones de cuidado de salud en nombre del Centro médico y de los Profesionales de la Salud.

Divulgación a parientes, amigos cercanos y otros cuidadores. Su PHI puede divulgarse a un familiar, otro pariente, un amigo personal allegado o a otra persona identificada por usted que participe en el cuidado de consentir u objetar que se use o divulgue su PHI por imposibilidad practica a consecuencia de su incapacidad o de una circunstancia de emergencia, el Centro medico y/o los Profesionales de la Salud divulgarían solo la información considerada directamente relaven para el papel que esas personas desempeñan en el cuidado de su salud o en los pagos relacionados con el mismo. Su PHI pudiera divulgarse también para notificar (o asistir en la notificación) a dichas personas la ubicación o estado general de salud de usted.

Actividades de salud pública. Su PHI pudiera divulgarse para las siguientes actividades de salud pública: (1) informar a las autoridades de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (2) informar sobre abuso y negligencia en menores a las autoridades de salud pública u otras organizaciones gubernamentales autorizadas por la ley para recibir tal información; (3) informar sobre productos y servicios bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en ingles); (4) alertar a una persona que pudiera haberse expuesto a una enfermedad transmisible o al riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; e (5) informar a su empleador tal y como exigen las leyes sobre vigilancia médica de los centros de trabajo.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Tú PHI pudiera divulgarse a una autoridad gubernamental, incluyendo una agencia de servicio social o de protección, autorizada por ley para recibir informes sobre abuso, negligencia o violencia doméstica, si se sospecha razonablemente que usted es víctima de los mismos.

Actividades de supervisión de la salud. Su PHI pudiera divulgarse a una agencia de supervisión de la salud que supervisa el sistema de salud y tiene la responsabilidad de asegurar el cumplimiento de las reglas de los programas gubernamentales de salud tales como Medicare o Medicaid.

Procedimientos judiciales y administrativos. Su PHI pudiera divulgarse en el transcurso de un procedimiento judicial o administrativo para cumplir una orden jurídica u otro trámite legal.

Agentes del orden. Su PHI pudiera divulgarse a la policía u otros agentes del orden tal como exige o permite la ley, o en cumplimiento de una orden judicial o un emplazamiento administrativo o de un gran jurado. Por ejemplo, su PHI pudiera divulgarse para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo presencial o persona desaparecida, o para denunciar un crimen o conducta delictiva en la instalación.

Institución correccional. Su PHI pudiera divulgarse a una institución correccional si usted es un recluso y dicha institución o la autoridad del orden legal nos solicita determinada información.

Socios empresariales. Su PHI pudiera divulgarse a socios empresariales a terceros que el Centro médico y los Profesionales de la Salud hayan contratado para prestar los servicios acordados.

Fallecidos. Su PHI pudiera divulgarse a un forense o médico legal tal y como se autoriza por ley.

Adquisición de órganos y tejidos. Su PHI pudiera divulgarse a las organizaciones que facilitan la adquisición, almacenaje o trasplante de órganos y tejidos.

Investigación. Su PHI pudiera usarse o divulgarse sin su consentimiento ni autorización si una Junta de Revisión Institucional aprueba la exención de autorización para la divulgación

Salud o seguridad. Su PHI pudiera usarse o divulgarse para prevenir o atenuar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad pública o de una persona

Funciones gubernamentales especializadas. Su PHI pudiera divulgarse a unidades del gobierno con funciones especiales, tales como las fuerzas armadas y el Departamento de Estado de EE. UU., bajo determinadas circunstancias, tales como Servicio Secreto o Seguridad Nacional, para proteger, por ejemplo al país o al presidente.

Compensación por accidentes en el trabajo. Su PHI pudiera divulgarse tal y como se autoriza en la extensión necesarias para cumplir con la ley estatal sobre compensación a los trabajadores por accidentes en el trabajo u otros programas similares.

Por exigencia legal. Su PHI pudiera usarse y divulgarse por exigencia de cualquier otra ley que no esté referida en las categorías anteriores, tales como las exigencias de la FDA para controlar la seguridad de un dispositivo médico.

Recordatorios de citas. Su PHI pudiera usarse para notificarle o recordarle sus citas.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACION POR ESCRITO

Uso divulgación con su autorización. Para cualquier propósito distinto a los descritos más arriba, su PHI pudiera usarse o divulgarse solo si usted da su autorización por escrito en un formulario a tal efecto (“Su Autorización”). Por ejemplo, usted necesita suscribir un formulario de autorización antes de que su PHI se enviara a su compañía de seguro de vida o al abogado que representa a su contraparte en un pleito en el que usted esté involucrado.

Mercadeo. Su autorización por escrito (“Su Autorización para Mercadeo”) también tiene que constar antes de usar su PHI para enviarle a usted cualesquiera materiales pueden proveérsele a usted en contacto personal sin obtener Su Autorización para Mercadeo. El Centro medico y/o los Profesionales de la Salud pueden también entregarle a usted, si así lo deciden, regalos promocionales de valor nominal, sin Su Autorización para Mercadeo). El Centro medico y/o los Profesionales de la Salud pueden comunicarse con usted, en contacto personal, acerca de productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración del caso o coordinación de la atención médica, o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de cuidado sin Su Autorización para Mercadeo.

Además, el Centro medico y/o los Profesionales de la Salud pueden remitirle a usted comunicaciones sobre tratamientos, a menos que usted elija no recibirlos, por los, cuales el Centro medico y/o los Profesionales de la Salud pudieran recibir remuneración financiera.

Venta de PHI. El Centro médico y los Profesionales de la Salud no divulgaran la PHI de usted sin su autorización a cambio de pagos directos o indirectos, excepto en circunstancias limitadas autorizadas por la ley. Estas circunstancias incluyen actividades de salud pública; investigación; tratamiento personal; venta, transferencia, fusión o consolidación del Centro medico; servicios prestados por un socio empresarial según el contrato correspondiente; proveer a una persona con un ejemplar de su PHI; y otros propósitos considerados necesarios y apropiados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU.

Usos y divulgaciones de su información estrictamente confidencial. Además, las leyes federal y estatal exigen protecciones especiales de la privacidad para determinada información estrictamente confidencial sobre usted (“Información estrictamente confidencial”), incluyendo el subconjunto de su PHI que: (1) se mantiene en notas de psicoterapia; (2) versa sobre enfermedad o incapacidad mental, o sobre discapacidades del desarrollo; (3) concierne al consumo excesivo o la adicción a las drogas o el alcohol; (4) se refiere a sus pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA; (5) atañe a enfermedad(es) transmisible(s), incluso venérea(s); (6) alude a pruebas genéticas; (7) trata sobre abuso doméstico de un adulto o (9) agresión sexual. Para que su Información Estrictamente Confidencial sea divulgada con un propósito que no sea aquellos permitidos por la ley, se requiere la autorización por escrito de usted.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Derecho a solicitar restricciones adicionales. Usted puede solicitar restricciones del uso y divulgación de su PHI (1) para tratamiento, cobro y operaciones de cuidado de salud, (2) para personas (tales como

familiar, otro pariente, amigo personal allegado u otra persona que usted identifique) relacionadas con su atención de salud o el pago asociado a ella, o (3) para notificar o asistir en la notificación de tales personas acerca de la ubicación y estado de salud de usted. Anuqué todas las solicitudes de restricciones adicionales se examinan cuidadosamente, el Centro médico y los Profesionales de la Salud no están obligados a consentir las restricciones solicitadas.

Usted puede también solicitar la restricción de divulgaciones de su PHI a su plan de salud por propósitos de pago y operaciones del cuidado de salud (y no de tratamiento) si la divulgación atañe a un servicio o artículo para el cuidado de la salud por el cual usted ha pagado directamente de su bolsillo. El Centro médico y los Profesionales de la Salud tienen que atenerse a las restricciones del plan de salud de usted EXCEPTO si la divulgación se exige por ley. Si usted desea solicitar restricciones adicionales, pida un formulario de solicitud a la Oficina de Gestión de Información de Salud, llénelo y remítalo de vuelta a esa oficina. La respuesta le será enviada por escrito.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Usted puede solicitar, y el Centro médico y los Profesionales de la Salud pueden facilitar, cualesquiera solicitudes razonables por escrito para recibir su PHI por medios alternativos de comunicación o en otros lugares

Derecho a revocar su autorización. Usted puede revocar Su Autorización, Su Autorización para Mercadeo y cualquier otra autorización dada por escrito en conexión con su PHI, excepto en la medida en que el Centro médico y los Profesionales de la Salud ya hayan actuado basados en tal autorización, por escrito a la oficina de Gestión de Información de Salud del Centro medico que se identifica más abajo

Derecho a revisar y copiar la información sobre su salud. Usted puede solicitar acceso a su historia clínica y a los registros de fracturación que sobre usted llevan el Centro médico y los Profesionales de la Salud, para revisarlo y solicitar copias de los registros. Bajo limitadas circunstancias, se le puede negar el acceso a una parte de sus registros. Si usted desea tener acceso a sus archivos, pida un formulario de solicitud a la Oficina de Gestión de Información de Salud, llénelo y emítalo de vuelta a esa oficina. Si usted solicita copias de registros impresos, deberá abonar los cargos establecidos por las leyes federal y estatal. Por las solicitudes de registros no impresos (por ejemplo: radiografías) se cobrarán cargos al costo razonable de las copias. Usted deberá pagar también el franqueo postal si solicita que las copias se le remitan por correo. Sin embargo, no tendrá que pagar por copias requeridas para hacer o llenar una solicitud de programa federal o estatal de beneficios por discapacidad.

Derecho a enmendar sus datos. Usted tiene el derecho a solicitar que se enmiende la PHI obrante en su archivo de registros médicos o de fracturación. Si usted desea enmendar sus datos, pida un formulario de solicitud a la Oficina de Gestión de Información de Salud, llénelo y remítalo de vuelta a esa oficina. Su solicitud será atendida a menos que el Centro medico y/o Profesionales de la Salud entiendan que la información a enmendar es exacta y completa, o que concurran otras circunstancias especiales.

Derecho a recibir constancia de divulgaciones. A instancia suya, puede recibir un informe de ciertas divulgaciones de su PHI realizadas durante cualquier

periodo de tiempo previo a la fecha de su solicitud, siempre que ese periodo no exceda de seis años y no incluya divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003. Si usted solicita este informe más de una vez en el plazo de doce (12) meses, tendrá que pagarlo.

Derecho a recibir ejemplar impreso de este Aviso. A instancia suya, puede obtener un ejemplar impreso de este Aviso, incluso si usted ha convenido en recibirlo por vía electrónica.

Para información adicional o quejas. Si usted desea información adicional sobre sus derechos a la privacidad, piensa que estos han sido violado o no está de acuerdo con una decisión tomada sobre el acceso a su PHI, puede contractar a la Oficina de Privacidad y Cumplimiento Normativo del centro médico. También puede formular quejas por escrito al Director y a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. A instancia suya, la Oficina de Privacidad y Cumplimiento Normativo del Centro médico le dará a usted la dirección exacta del Director. El Centro médico y los Profesionales de la Salud no tomarán represalias contra usted por haber formulado una queja ante la Oficina de Privacidad o el Director del Centro medico.

Fecha de entrada en vigor y vigencia de este aviso.

Fecha de vigencia. Este Aviso entra en vigor el 23 de septiembre de 2013.

Derecho a cambiar términos de este Aviso. Los términos de este Aviso pueden cambiarse en cualquier momento. Si cambia este Aviso, sus nuevos términos podrán entrar en vigor para toda PHI que tramiten el Centro medico u los Profesionales de la Salud, incluyendo cualquier información creada o recibida antes de emitirse el nuevo aviso. Si cambia este Aviso, el nuevo estará disponible para el público en las áreas de espera del Centro medico. Usted podrá también conseguir cualquier nuevo aviso al contractar la Oficina de Privacidad y Cumplimiento Normativo del Centro medico.

CONTACTOS EN LA OFICINA:

Practice Compliance and Privacy Officer
C/O Practice Manager
700 N Pearl St, Suite N510
Dallas, TX 75201

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
Dallas, TX 75201
Tel: (214) 999-9355



Griego Family Medical Centre

2701 S Hampton Rd, Suite 101
Dallas, TX 75224
Tel: (214) 330-9221

**RECONOCIMIENTO DE AVISO
Prácticas de Privacidad**

Al firmar este formulario usted indica haber recibido una copia de Aviso de **Prácticas de Privacidad de Metroplex Medical Centres** en la fecha y hora indicada a continuación.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la información contenida en **Prácticas de Privacidad de Metroplex Medical Centres** llámenos a (214) 580-7277.

Nombre de Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Relación con Paciente: _____

Fecha de Aviso: _____ **Hora de Aviso:** _____

PARA USO DE OFICINA

Hemos intentado obtener por escrito este reconocimiento de aviso al paciente de las **Prácticas de Privacidad** pero no se pudo obtener en este caso por la siguiente razón:

- Paciente Negó Firmar
- Situación de Emergencia Impidió Firmar
- Representante del Paciente Negó a Firmar
- Otras Razones (por favor letra imprenta) _____

Firma del Representante de la Clínica: _____ Fecha: _____