

Aviso para el paciente sobre nuestras prácticas de privacidad

Favor de revisar este aviso que detalla como en esta clínica se puede usar y revelar a otros la información privada de la salud de Usted, y como Ud. puede tener acceso a esta información

Le damos a Usted esta noticia sobre las maneras en que la Medical Associates of Northwest Arkansas (la clínica) puede usar o revelar a otros la información de salud de Ud. Una nueva ley nos requiere darle una descripción de nuestras prácticas de privacidad. Si Ud. tiene preguntas sobre esta noticia, por favor póngase en contacto con el Encargado de privacidad; su dirección está abajo.

- La fecha efectiva de esta noticia es Abril, 2003. Le mandarán a Ud. una copia de las enmiendas o los cambios a este aviso.
- Debemos darle esta noticia en la fecha en cual lo veremos por la primera vez como paciente o, si es situación de emergencia, lo más pronto posible después del tratamiento de emergencia.
- La ley nos requiere mantener en privado la información de su salud protegida, y nos exige darle una noticia de nuestra obligación legal y de nuestras prácticas de privacidad respecto a la información de su salud protegida.
- Si Ud. cree que alguien ha infringido sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja con el Encargado de privacidad a la dirección abajo, o con el Secretariat de Servicios de Salud y de Beneficios Humanos. Las quejas deben de ser escritas, con una descripción de los eventos en que Ud. piensa que sus derechos de privacidad fueron infringidos. Lo más posible, favor de darnos los detalles en su queja. Esto nos ayudará a investigar la queja. Tenemos por norma, no desquitarnos contra un paciente por haber presentado una queja sobre una infracción de derechos de privacidad.

Nuestras Prácticas de Privacidad

Nuestra revelación de su información de salud

Podemos usar o revelar su información de salud protegida sin la autorización de Ud. para el propósito de tratamiento, pagos o operaciones de servicios médicos, como sigue:

Tratamiento "Tratamiento" se define por el Departamento de Salud y Beneficios Humanos, en sus Prácticas de Privacidad, así: "...provisiones, coordinación, o administración de servicios médicos...". Eso quiere decir que entre los empleados y otros profesionales de la clínica podemos usar o revelar su información de salud protegida por nuestros propósitos, para tratar su condición médica. También, si Ud. nos autoriza, podemos revelar su información de salud protegida si la enviamos a un especialista o si pedimos consulta o revisión de otro proveedor de atención médica. Un ejemplo de tratamiento será una situación en que su doctor ordene análisis de sangre o otro tipo de examen diagnóstico. Los resultados de esas pruebas se podrán examinar por otros proveedores de servicios médicos o por otros profesionales, y se usarán las conclusiones de ellos para asistir a determinar las terapias apropiadas o un plan de cuidado para su tratamiento.

Pagos "Pagos" se define en términos generales. Un ejemplo de "revelación o uso de información de salud protegida para el propósito de pagos" será someter una queja a su compañía de seguros para que nos reembolse por nuestros servicios. Otros ejemplos incluyen actividades tal que: determinar elegibilidad por cubiertos de su plan de seguro, o contestar a las preguntas de su compañía de seguros para determinar si había necesidad médica por el procedimiento o diagnóstico que decidimos hacer.

Operaciones de servicios médicos Por fin, podemos usar o revelar su información de salud protegida sin el permiso de Ud. para las "operaciones de servicios médicos". Esta categoría incluye varias actividades diarias que hacemos, como evaluación de la calidad de cuidado, administración de su caso, coordinación de servicios médicos, tener contacto con otros proveedores sobre las alternativas de cuidado para Ud., dirigir un programa interno de entrenamiento para propósito de supervisión, y actividades que tratan con expedir licencias o credenciales para nuestro personal.

Nuestros contactos con Usted

De vez en cuando le mandaremos un recuerdo de su cita; o le daremos información complementaria sobre tratamientos alternativos; y tal vez le ofreceremos otros servicios de tratamiento. Si Ud. quiere que NO dejemos un mensaje con su maquina de contestar de teléfono, o que NO enviemos correo a su dirección, llámenos. Tiene derecho a pedir que NO pongamos en contacto con Ud. en una manera confidencial, y haremos todo lo posible para acomodarle.

Revelaciones a otros

Le pediremos firmar una autorización si Ud. quiere que revelemos su información de salud protegida a otros individuales o proveedores de servicios médicos. Tendrá siempre derecho a revocar la autorización en cualquier momento, excepto hasta tal punto que esta clínica o otros proveedores hayan tomado acción basada por su autorización.

Revelaciones sin su permiso o autorización Según la ley de Arkansas, hay condiciones o eventos específicos cuales una clínica debe de divulgar a tercera persona o a las agencias del estado, con su autorización o sin ella. Esas categorías incluyen:

- a) incidentos sospechados de abuso de niños;
- b) síndrome de Reye;
- c) SIDA o el VIH (virus de inmunodeficiencia humana);
- d) asaltos sexuales;

- e) heridas hechas por cuchillo o balazo;
- f) violencia doméstica; y
- g) muerte súbita de un niño.

Esta clínica participa en programas de ensayos de investigación práctica, que puede implicar el tratamiento de Ud. De vez en cuando, revisamos la información de salud protegida para determinar candidatos apropiados para participar en esos ensayos. Antes de inscribirlo en tal programa de investigación o de revelar su información de salud protegida a las terceras personas que dirigen esos ensayos de investigación práctica, pediremos su autorización explícita. Su autorización contendrá:

- a. Descripción de la extensión del uso o revelación de su información de salud protegida a otras personas; y
- b. Descripción de la información de salud protegida que no se usará en el ensayo de investigación práctica.

Como cualquiera autorización, Ud. puede revocar esta autorización a cualquier momento y puede pedir que su información de salud protegida no se use más en las pruebas de investigación práctica.

Derechos de pacientes

Usted tiene los derechos siguientes, que puede ejercer en cualquiera ocasión:

- a) Tiene derecho a pedir límites de cierto uso y revelación de su información de salud protegida. Sin embargo, favor de notar que no estaremos obligados a concordar con estos límites, especialmente si en nuestra opinión están en contra de tratamiento, pagos, o otras operaciones de servicios médicos. No obstante, tenemos la voluntad de buscar una solución de buena fe para aceptar las restricciones que Ud. pide. Si no estamos de acuerdo con los límites que Ud. propone, le notificaremos por escrito, sugiriendo alternativas que incluyan buscar otro proveedor de atención médica.
- b) Tiene derecho a recibir comunicaciones de nosotros en una manera confidencial, como se nota arriba.
- c) Tiene derecho a examinar una copia de su información de salud en cualquier momento.
- d) Tiene derecho a enmendar información incorrecta o incompleta, o de darnos una declaración de las razones que Ud. cree que su declaración sobre información incorrecta o incompleta debe de estar incluida en su archivo. Sin embargo, no podemos enmendar o cambiar información de salud sobre Ud. que recibimos de otro proveedor de servicios médicos.
- e) Tiene derecho a recibir de nosotros un informe de todas las revelaciones de su información de salud dadas a terceras personas. No obstante, este informe tendrá ciertos límites y restricciones, explicados en el siguiente.

Restricciones del informe

Su derecho a un informe no incluye los asuntos siguientes. El informe de la información de su salud personal NO incluirá los asuntos que siguen:

- Nuestro uso interno de su información utilizada para tratamiento, pagos o compras para operación de la clínica.
- Revelaciones que hacemos a Ud. o que Ud. pide (o que pide su representante personal) a tercera persona.
- Revelaciones que Ud. hizo a nuestro servicio de contestar de teléfono cuando Ud. llamó después de las horas de servicio.
- Revelaciones hechas a miembros de su familia o a amigos durante el curso de su atención médica.
- Revelaciones a instituciones de corrección.
- Revelaciones que hacemos por razones de la ley, de seguridad nacional o de inteligencia si el oficial que nos pide quiere que las guardemos en secreto por un período específico.
- Revelaciones hechas al Departamento de Salud y de Beneficios Humanos, si Ud. ha presentado una queja con esa agencia, con la creencia que alguien ha infringido sus derechos de privacidad.
- Su derecho de recibir una copia en papel de esta noticia, aún que antes consintió aceptar la noticia por correo electrónica.

Preguntas y preocupaciones potenciales

Para más información o para presentar una queja interna, póngase en contacto con el Encargado/la Encargada de privacidad o con nuestro Director/nuestra Directora de la oficina:

Encargado/a de privacidad
540 Appleby Road
Fayetteville, AR 72703
Phone: (479) 571-6780
Fax: (479) 571-6770

El encargado/a de Privacidad ya mencionado le dará la dirección apropiada del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Patient Notice of Our Privacy Practices Acknowledgement Form

I have received a copy of the "Patient Notice of Privacy Practices" from
Medical Associates of Northwest Arkansas.

<i>Please Print</i>	
Patient Name _____	D.O.B. _____

Signature _____ Date _____

In the event this Acknowledgement form is being executed by a personal representative,
guardian, or parent, please print your name and relationship to the patient.

For Office Use Only	Initial _____
---------------------	---------------