

• **Paciente fallecido:** Nuestra práctica puede divulgar información protegida a un médico forense o forense para identificar a una persona fallecida o identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias realicen su trabajo.

- investigación,
- actividad criminal,
- seguridad nacional,
- compensación de trabajadores

• Reclusos y otros usos y divulgaciones requeridos. Según la ley, debemos divulgar su solicitud.

Según la ley, también debemos divulgar su información médica protegida cuando así lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

## **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo exija la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente usar o divulgar su información de salud protegida con fines de comercialización.

## **TUS DERECHOS**

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

• **Inspección y copia:** tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Sin embargo, hay una tarifa por copiar.

**NOTA:** Se cobra un cargo por copiar un registro médico o cualquier parte de un registro médico. Todas las tarifas se pagarán por adelantado. Esta tarifa es establecida por el estado de Alabama. De conformidad con su solicitud por escrito, tiene derecho a inspeccionar o copiar su información médica protegida, ya sea en papel o en formato electrónico. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada con anticipación razonable o utilizada en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, información de salud protegida restringida por la ley, información que está relacionado con la investigación médica en la que ha aceptado participar, la información cuya divulgación puede ocasionar daños o lesiones a usted u otra persona, o la información obtenida bajo una promesa de confidencialidad.

• **Solicitud de restricción:** tiene derecho a solicitar la restricción de su información de salud protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información de salud protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o con fines de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad **NOTA: LOS ESTADOS DE LA LEY DE ALABAMA DEBEMOS PROPORCIONAR ACCESO A LOS REGISTROS MÉDICOS DE UN NIÑO A AMBOS PADRES A MENOS QUE HAY UNA ORDEN JUDICIAL QUE PROHÍBA EL ACCESO.** No estamos obligados a estar de acuerdo con tu petición; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando la ley así lo requiera, en emergencias o cuando la información sea necesaria para tratarlo. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

• **Comunicaciones condencial:** tiene derecho a solicitarnos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en un lugar alternativo. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente.

• **Enmienda:** Usted tiene derecho a solicitar una enmienda a su información de salud protegida si cree que es incorrecta o está incompleta, y puede solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para nuestra práctica. Nuestra práctica denegará su solicitud si no presenta su solicitud (y la razón que respalda su solicitud) por escrito. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos la información que,

en nuestra opinión, es precisa y completa; o no creado por nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para modificar la información.

- Derecho a recibir un aviso de incumplimiento: le notificaremos si su información de salud protegida ha sido violada.

- Derecho a que le enviemos una copia impresa de este aviso, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos dichos cambios en la siguiente cita.

### **REGLA DE NECESIDAD MÍNIMA**

Nuestro estado no usará ni accederá a su PHI a menos que sea necesario para hacer su trabajo. Nuestro personal está capacitado en las reglas de privacidad y seguridad de HIPAA y firma una Política de confidencialidad con respecto a mantener en privado su PHI. Además, divulgamos a entidades externas solo la mayor parte de su PHI que sea necesaria para cumplir con los propósitos legales de los destinatarios.

### **CAMBIOS A LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento según lo autorice la ley. Los cambios se considerarán inmediatos y se aplicarán a toda la PHI que creamos o recibimos en el futuro. Si hacemos cambios, publicaremos el Aviso modificado en nuestro sitio web y en nuestra oficina. Si lo solicita, se le entregará una copia de nuestro Aviso actual.

### **QUEJAS**

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Privacidad de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**Consultorio del Dr. Sherrill • 256-273-6827**

**Oficial de privacidad**

**Encore Medical Spa y Medicina Familiar**

**1202 Gault Ave North Fort Payne, AL 35967**

La ley nos exige mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente vigente. Si tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA.

Tenga en cuenta que al firmar el Reconocimiento en el CHR-3 del Departamento, solo reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.