

# COMMUNITY FAMILY CLINIC, PLLC

## HIPAA PRIVACY NOTICE



*ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.*

### ¿A quién se aplica este aviso?

Estas reglas serán seguidas por:

- Cualquier empleado de CFC autorizado para ingresar información en su Carta.
- Otros proveedores de atención médica que lo cuidan.
- Cualquier socio comercial con el que compartamos información de salud.

### NUESTRA RESPONSABILIDAD CON USTED CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA:

Entendemos que su información de salud es personal y nos comprometemos a proteger su privacidad. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida y a proporcionar a nuestros pacientes este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Community Family Clinic, PLLC está obligado por ley a cumplir con los términos de este Aviso que está actualmente en vigor. En un esfuerzo por proporcionar la más alta calidad de atención al cumplimiento de estas pautas, haremos lo siguiente:

- Mantenga su información de salud privada.
- Proporcionarle una copia de este Aviso.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción que haya solicitado.
- Acomode las solicitudes razonables de usted para comunicar su información médica por medios alternativos.

### COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA:

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted de las siguientes maneras:

1. **Para su tratamiento: Usaremos o divulgaremos información de medicamentos sobre usted con fines de tratamiento** a médicos, enfermeras, técnicos y otros cuidadores de acuerdo con la autorización médica que usted firmó y nos proporcionó. La información recibida por una enfermera, médico u otro miembro de nuestro personal se registrará en su Carta y se utilizará para determinar su curso de tratamiento. Puede ser enviado a otro Proveedor como parte de una Referencia para más atención médica y / o tratamiento.
1. **Para obtener el pago de su Tratamiento:** Usaremos o divulgaremos información médica sobre usted para que los servicios que proporcionamos puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado de usted, una compañía de seguros o un tercero de acuerdo con el médico autorización que usted firmó y nos proporcionó. Se le enviará una factura a usted o a su Compañía de Seguros que contendrá información que lo identifique a usted, su diagnóstico y cualquier procedimiento y suministro que se utilizó en su tratamiento. Por ejemplo, si un paciente ha presentado dolor abdominal, divulgaremos la condición médica del paciente al plan de salud del paciente para que el plan de salud nos pague o reembolse al paciente por los servicios proporcionados. También podemos comunicarnos con el plan de salud del paciente sobre un procedimiento programado con el fin de obtener autorización previa y/o para determinar si el plan del paciente cubrirá el procedimiento.
1. **Para apoyarnuestras peracionesdeSalud:** Podemos usar y divulgar su información médica sobre usted para apoyar nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, es posible que necesitemos divulgar su información médica para que revisemos nuestros servicios y evaluemos el rendimiento de nuestro personal y mejoremos los métodos de tratamiento. También podemos usar o divulgar su información médica para obtener una consulta médica con respecto a su atención médica o tratamiento.

### PODEMOS UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA SIN SU AUTORIZACION PREVIA BAJO LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

- **Recordatorios de citas:** Podemos comunicarnos con usted para recordatorios de citas o para proporcionarle cualquier información relacionada con su salud.
- **Opciones de tratamiento:** Podemos ponernos en contacto con usted con información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

- **Familiares y amigos:** Podemos divulgar su información médica a familiares, otros familiares o amigos cercanos cuando la información médica es directamente relevante para la participación de esa persona con su cuidado o pago por la atención.
- **Notificación:** Podemos usar o divulgar su información médica para notificar o ayudar a un miembro de la familia, a un representante personal u otra persona responsable de su cuidado de su ubicación, condición general o muerte.
- **Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar su información médica para fines de salud pública tales como prevenir / controlar enfermedades, reportar nacimientos, muertes, abuso infantil, negligencia, abuso doméstico, o para notificar a los pacientes sobre el retiro de productos que pueden ser Usando.
- **Asociados de Negocios:** Podemos divulgar su información médica a los socios comerciales con quienes contratamos para proporcionar servicios en nuestro nombre. Para proteger su información de salud, requerimos que nuestros socios comerciales protejan adecuadamente la información de salud de nuestros pacientes.
- **Alivio de Desastres:** Podemos divulgar su información médica a una entidad pública o privada, como la Cruz Roja Americana, con el propósito de coordinar con esa entidad para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre.
- **Actividades de Supervisión de la Salud:** Podemos divulgar su información de medicamentos a una agencia de supervisión de salud para actividades de supervisión que están autorizadas por la ley, incluyendo auditorías, investigaciones, inspecciones, licencia o disciplina procedimientos administrativos y/o legales.
- **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia:** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Procedimientos legales:** Podemos divulgar su información médica en el caso de ciertos procedimientos judiciales o administrativos
- **Aplicación de la ley:** Podemos divulgar su información médica para ciertos propósitos de aplicación de la ley u otras funciones gubernamentales especializadas.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores funerarios:** Podemos divulgar su información médica a un médico forense, médico forense o directores funerarios para ayudar en el desempeño de sus funciones.
- **Donación de órganos:** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información médica a una organización de donación y adquisición de órganos.
- **Investigación:** Podemos divulgar su información médica protegida a los investigadores cuando lo autorice la ley. Por ejemplo, si su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica protegida.
- **Pública Safety:** Podemos usar o divulgar su información médica para prevenir o disminuir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o para el público.
- **Compensación de Trabajadores:** Podemos divulgar su información médica según lo autorice la ley en relación con la compensación de los trabajadores o programas similares.
- **Según lo requerido por la ley:** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.
- **Institutos Correccionales:** Si usted es un recluso de una institución correccional o un residente de una casa de grupo, podemos divulgar la información de salud necesaria para proteger la salud y la seguridad de otras personas.

#### **OTROS USOS DE SU INFORMACION MEDICA:**

No usaremos ni divulgaremos su información médica para ningún otro propósito no cubierto por este Aviso sin su autorización por escrito. Esto incluye la mayoría de los usos y divulgadores de la PHI con fines de marketing y divulgaciones que constituyen una venta de PHI. En cualquiera de estas circunstancias no cubiertas por este Aviso, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica. Si nos da autorización, tiene derecho a revocar posteriormente esa autorización notificándonoslo por escrito, a menos que ya hayamos tomado medidas para divulgar la informaciónal recibir la autorización para:



Community Family Clinic, PLLC  
 Attn: Privacy Official  
 784 HWY 36  
 Frenchburg, KY 40322

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA:**

Aunque su historial médico es propiedad de CFC, tiene derecho a:

- **Solicite una restricción por escrito.** Consideraremos su solicitud, pero no estamos legalmente obligados a aceptar cualquier restricción solicitada. Le informaremos de nuestra decisión.
- **Derecho a la copia en papel de este Aviso:** Usted puede solicitar unand obtener una copia en papel de esteNotituto en cualquier momento.
- **Derecho a inspeccionar y copiar:** **Usted tiene el derecho de** inspeccionar y recibir copias de su información médica que se puede utilizar para tomar decisiones sobre su atención, que generalmente incluye registros médicos y de facturación. Responderemos a su solicitud dentro de los treinta (30) días o sesenta (60) días si su información médica no está disponible en el sitio. Una extensión de treinta (30) días puede concederse mediante notificación escrita que incluirá el motivo de la prórroga.
  - **Tarifas:** Puede haber una tarifa por copias de su registro. Se le notificará antes de que se apliquen cargos.
  - **Denegaciones:** Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y/o recibir copias de su información médica si no es por escrito y en otras circunstancias muy limitadas. Recibirá una notificación por escrito de denegación que contiene el motivo de la denegación y el procedimiento de revisión. En algunas circunstancias, otro profesional de la salud con licencia elegido por Community Family Clinic, PLLC para llevar a cabo una revisión de su solicitud y la denegación. Esta no será la misma persona que denegó su solicitud y cumpliremos con el resultado de la revisión. Sin embargo, en algunas circunstancias, nuestra denegación de una solicitud por su parte para inspeccionar y /o recibir copias de su información no está sujeta a revisión.
- **Derecho a enmendar:** Si usted siente que la información médica en su registro es incorrecta o que falta información importante, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea guardada por, o para la Clínica Comunitaria de la Familia. No estamos obligados a aceptar ninguna enmienda si la información no fue creada por nosotros (a menos que la persona o entidad que recreó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda), mantenida por nosotros, o si determinamos que el registro es preciso y completo. Usted puede apelar tal decisión por escrito. En su solicitud por escrito, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud de modificación. Si aprobamos su solicitud, introduciremos la modificación de su información médica y le informaremos de que hemos realizado la modificación. Haremos un esfuerzo razonable para notificar a otros que necesitan saber sobre el cambio a su información médica.
  - **Denegaciones :** Podemos denegar su solicitud demodificación si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Si su solicitud de modificación es denegada, le proporcionaremos una declaración por escrito de la base para la denegación y una descripción de cómo puede presentar una declaración escrita de desacuerdo. Si no presenta una declaración de desacuerdo, puede solicitar que su solicitud de modificación y nuestra denegación por escrito se proporcionen con cualquier divulgación futura de su información médica.
- **Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones:** Usted tiene derecho a solicitar una "contabilidad de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que indican a quién y a dónde se ha divulgado su información médica para fines distintos del tratamiento; pago; operaciones de atención médica; divulgaciones hechas directamente a usted; divulgaciones autorizadas por usted en virtud de una autorización firmada;, divulgaciones hechas para fines de seguridad nacional o inteligencia; y divulgaciones a instituciones correccionales y para otros fines de aplicación de la ley. Su solicitud debe incluir un período de tiempo, que no puede exceder de seis (6) años antes de la fecha de la solicitud y no puede incluir ninguna fecha antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué formulario (electrónico o en papel) desea que su solicitud sea procesada. No hay ningún cargo por la primera lista que solicite, sin embargo, si realiza más de una solicitud dentro del mismo año, podemos cobrarle hasta \$1.00 por página por cada solicitud adicional. Se le notificará del costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier costo.
- **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en su cuidado, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre un

procedimiento que haya tenido. Sin embargo, no estamos obligados a conceder su solicitud. Si concedemos su solicitud, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento médico de emergencia. En su solicitud, debe indicarnos:

1. Qué información desea limitar.
2. Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos.
3. A quién desea que se apliquen los límites. Por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Usted puede solicitar por escrito una restricción de ciertas divulgaciones de PHI a un plan de salud cuando pague en su totalidad y de su bolsillo por un artículo o servicio de atención médica.

- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de manera confidencial o en un lugar determinado/alternativo. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado y atenderemos todas las solicitudes razonables.
- **Derecho a ser Notificado de un Incumplimiento:** Usted tiene derecho a ser notificado de una infracción dentro de los sesenta (60) días después de un descubrimiento de incumplimiento. Una violación es una adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizados de PHI no garantizada de una manera no permitida por la Regla de Privacidad de la HIPAA que compromete la seguridad o privacidad de la PHI.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO:**

CFC tiene el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Tenemos el derecho de hacer que el Aviso revisado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual en la oficina con la fecha de entrada en vigor. Puede solicitar una copia del Aviso actual en cada visita.

#### **Quejas:**

Si tiene preguntas, desea información adicional o cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede ponerse en contacto con nuestro Oficial de privacidad por teléfono o correo electrónico a la dirección que se indica a continuación. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en la dirección que se indica a continuación. Presentar una queja no afectará negativamente el tratamiento que reciba.

#### **PRIVACY OFFICIAL**



**Community Family Clinic, PLLC**  
ATTN: Privacy Official  
784 HWY 36  
Frenchburg, KY 40322

**U.S. Department of Health & Human Services**  
Office of Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, DC 20201