

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y PRESENTADA Y COMO ES QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.**

**FAVOR DE REPASAR CUIDADOSAMENTE.**

### **Utilización y Presentación**

**Tratamiento.** La información referente a su salud puede ser utilizada por el personal de la oficina o presentados a otros profesionistas del campo médico con el propósito de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas, y ofrecer tratamiento. Por ejemplo, los resultados de pruebas de laboratorio y procedimientos serán disponibles en su expediente médico a todo profesionista médico el cual ofrezca tratamiento o el cual haya sido consultado por miembros de la oficina.

**Pago.** Su información de salud puede ser utilizada para solicitar pago por parte de su plan de salud, pago por parte de otras fuentes de cobertura tales como el seguro de su automóvil, o de compañías de tarjetas de crédito las cuales usted pudiera utilizar para pagar por sus servicios. Por ejemplo, su plan de salud pudiera solicitar y recibir información sobre fechas de servicio, los servicios prestados, y la condición médica.

**Operativos de Cuidado de Salud.** Su información de salud pudiera ser utilizada conforme se requiera para substanciar las actividades de a diario y la administración de **Physicians Healthcare Associates**. Por ejemplo, la información sobre los servicios recibidos pudiera ser utilizada para el presupuesto y reportes financieros, al igual que actividades para evaluar y promover la calidad.

**Agencias Jurídicas.** La información referente a su salud pudiera ser presentada a las agencias jurídicas para substanciar auditorias gubernamentales e inspecciones, para así facilitar las investigaciones de ley, y para acatar con los reportes de gobierno conforme la ley.

**Reportes de Salud Pública.** La información referente a su salud pudiera ser presentada a las agencias de salud pública conforme la ley. Por ejemplo, se nos requiere reportar ciertas enfermedades comunicables al departamento estatal de salud pública.

Cualquier otro uso y presentación de dicha información requiere su autorización. El presentar su información de salud o el utilizarla para cualquier otro propósito aparte de los ya descritos, requiere su consentimiento específico por escrito. Si usted cambia de opinión después de autorizar el uso o la presentación de su información, puede someter por escrito un retiro de su consentimiento. Siendo así, la decisión de retirar su consentimiento no afectará el uso o la presentación de la información hecha previo a que usted nos notificará de su decisión para retirar su consentimiento.

### **Usos Adicionales de Información.**

**Recordatorios de citas.** La información referente a su salud será utilizada por el personal de nuestra oficina para enviarle recordatorios de sus citas.

**Información sobre tratamientos.** Su información de salud puede ser utilizada para enviarle información a usted mismo(a) sobre el tratamiento y la administración de su condición médica. También pudieramos enviarle información describiendo otros productos y servicios relacionados a la salud los cuales, creemos, pudieran ser de interes para usted.

### **Derechos Individuales.**

Usted tiene ciertos derechos bajo las normas de privacidad federal. Estos incluyen:

- El derecho de solicitar restricciones en el uso y la presentación de su información de salud protegida.
- El derecho de recibir comunicación confidencial tocante su condición médica y su tratamiento.
- El derecho de inspeccionar y de sacar copia de su información de salud protegida.
- El derecho de enmendar o someter correcciones a su información de salud protegida.
- El derecho de recibir un reporte indicando cuando y a quién se le ha presentado la información de salud protegida.
- El derecho de recibir una copia de este aviso.

### **Obligaciones por parte de Physicians Healthcare Associates**

Se nos requiere por ley mantener la privacidad de su información de salud protegida y de ofrecerle este aviso de nuestras prácticas de privacidad.

También se nos requiere seguir las polizas y las prácticas de privacidad descritas en este aviso.

### **Derecho de Revisar las Prácticas de Privacidad**

Conforme la ley nos lo permite, nos reservamos el derecho de enmendar o de modificar nuestras polizas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras polizas y en nuestras prácticas pudieran ser requeridas por cambios en los reglamentos o en las leyes federales y estatales. Si usted lo solicita durante su visita médica, se le puede proporcionar con el aviso más actualizado. Las pólizas y prácticas revisadas se aplicarán a toda información de salud protegida que se mantenga por nuestro personal.

### **Peticiones de Inspeccionar Información Protegida de Salud**

Como regla general, usted puede inspeccionar o sacar copia de la información de salud protegida que nosotros mantenemos. Conforme lo permite el reglamento federal, requerimos que las peticiones de inspeccionar o sacar copia de la información de salud protegida se sometan por escrito. Puede obtener una forma para solicitar acceso a su expediente comunicandose al departamento de **Intake Personnel** o al **Oficial de HIPAA.**

Su petición será repasada y por lo general será aprobada a menos de que haya razones legales o médicas que rechazen la petición.

### **Quejas**

Si usted desea someter un comentario o una queja acerca de las prácticas de privacidad, lo puede hacer enviando una carta especificando sus razones a:

**Oficial de HIPAA  
Physicians Healthcare Associates  
7430 Remcon Circle  
Bldg. B., Ste. 150  
El Paso TX 79912**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, debe hacernos saber enviando una carta especificando sus razones a la misma dirección. No se le impondrá un castigo o se actuará en contra de usted por enviar su queja.

### **Persona para Comunicarse**

El nombre y la dirección de la persona la cual usted uede comunicarse para más información tocante las prácticas de privacidad es:

**Oficial de HIPAA  
Physicians Healthcare Associates  
7430 Remcon Circle  
Bldg. B., Ste. 150  
915/581-8182**

### **Fecha Vigente**

Este Aviso es vigente en o despues del **14 de Abril del 2003**.

**Physicians Healthcare Associates** se reserva el derecho de modificar las practicas de privacidad especificadas en este aviso.

14 de Abril del 2003

Estimado Paciente de Physicians Healthcare Associates,

El Decreto conocido como el Health Insurance Portability and Accountability Act 1996 (HIPAA) requiere de que Physicians Healthcare Associates notifique a sus pacientes por escrito de sus derechos de privacidad tocante información protegida sobre su salud.

El Aviso de Privacidad adjunto le provee esta información, avisándole a los pacientes cuando y como Physicians Healthcare Associates puede utilizar y presentar dicha información protegida de salud, y le informa a sus pacientes de sus derechos tocante su información protegida sobre su salud.

Toda información de Physicians Healthcare Associates, incluyendo información protegida sobre la salud, forma parte del área de confidencialidad bajo la ley de Texas. HIPAA no cambia la confidencialidad ya existente.

Por favor lea este Aviso cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta, fávoro de comunicarse al Oficial de HIPAA mencionado en el Aviso.

Atentamente,  
Physicians Healthcare Associates

.