

**Centro de Médico de Familia del Condado de Hart**  
**Aviso de prácticas de privacidad de información de salud protegida**  
**FMC HIPAA Notice-Spanish Translation**

Si usted da su consentimiento, la oficina está permitida por las leyes federales de privacidad para hacer usos y divulgaciones de su información médica para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

**Sus derechos de información de salud**

La salud y registros de facturación que mantenemos son la propiedad física de las Condado centro de Hart del médico de Familia. Tienen los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida.

1. Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica por escrito.
2. Obtener una copia de la notificación de prácticas de privacidad de información médica protegida ("aviso") haciendo una consulta en nuestra oficina.
3. Derecho a inspeccionar y copiar su expediente médico y expediente de facturación mediante la entrega de la solicitud por escrito.
4. Derecho a solicitar su registro sanitario modificarse a información incompleta o incorrecta correcta solicitud por escrito a nuestra oficina.
5. Derecho de petición por escrito que la comunicación de su información médica por medios alternativos o en una ubicación alternativa
6. Si desea ejercer alguno de los derechos antes mencionados, póngase en contacto con Brenda Caswell, oficial de HIPAA, en persona o por escrito, durante el horario normal.
7. Usted tiene el derecho de revisar este aviso antes de firmar el consentimiento que autoriza el uso y divulgación de su información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica propósitos.

**Nuestras responsabilidades**

1. Mantener la privacidad de su información médica según lo requerido por la ley;
2. Le proporcionará un aviso sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad sobre la información que recopilamos y conservamos sobre usted;
3. Cumplir los términos y condiciones del presente aviso;
4. Saber si nosotros no podemos dar cabida a una restricción solicitada o solicitud; y
5. Dar cabida a sus peticiones razonables con respecto a métodos para comunicar información de salud para usted.
6. Atender su solicitud de una contabilidad de accesos.
7. Reservamos el derecho de modificar, cambiar, o eliminar la prestación en nuestras prácticas de privacidad y acceder a prácticas y a promulgar nuevas disposiciones respecto a la información de salud protegida que mantenemos. Si el cambio de las prácticas de nuestra información, nos modificará nuestro aviso". Usted tiene derecho a recibir una copia revisada del aviso llamando y solicitando una copia de nuestro "aviso" o visitando nuestra oficina y recoger una copia.

**Para solicitar información o presentar una queja**

Contacta con Brenda Caswell, oficial de HIPAA, para preguntas o si desea reportar un problema sobre el manejo de su información. O puede presentar una queja por correo a la IV región, la oficina para derechos civiles, Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos, Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth Street, SW, Atlanta, GA 30303-89009, teléfono 404-562-7886, Fax 404-562-7881

- No podemos y no necesita renunciar el derecho a presentar una queja con el Secretario de salud y servicios humanos (HHS) como condición para recibir el tratamiento de la oficina.
- No podemos y no tomar represalias contra usted por haber archivado una queja con el Secretario de salud y servicios humanos.

**Lo que sigue es una lista de otros usos y divulgaciones permitidas por la regla de privacidad**

**Contacto de paciente:** Que podría comunicarse con usted para proporcionarle recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento, o con información acerca de otras salud - relacionados con beneficios y servicios que puedan ser de interés de ustedes.

**Oportunidad de estar de acuerdo o objeto - notificación:** a menos que usted se oponga, podemos divulgar su información protegida de salud de la siguiente manera:

- Notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, acerca de su ubicación y condición general o su muerte.
- Utilizando nuestro mejor criterio, podemos revelar a un familiar, otro familiar, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud relevante a la participación de esa persona en su cuidado o en el pago de tal cuidado o en una emergencia
- Con el fin de ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre

**Oportunidad de Acuerdo o Objeto No Requerido:** Podemos utilizar o divulgar su información protegida de salud en las situaciones en la medida en que la ley exige o permite, sin su autorización o dándole una oportunidad para oponerse a la liberación.

**Otros Usos y Divulgaciones** además de los identificados en esta Notificación se harán solamente cuando de otra manera autorizado por la ley o su autorización escrita

**Página Web:** Mantenemos un sitio web que proporciona información acerca de nuestra entidad, este aviso es en el sitio web [www.Munfordvillefmc.com](http://www.Munfordvillefmc.com)

**Fecha de vigencia de este aviso:** 14 de abril de 2003 **revisado:** septiembre de 2003, 28 de febrero de 2009, de octubre de 2011

\_\_\_\_\_  
Paciente o representante firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

2016-11; 2016-11-22