



NORTHSIDE Medical Associates

Aviso de prácticas de privacidad

70 Plaza Drive, Pell City 35125

205-814-9284 línea principal

205-814-9626 línea de fax

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información.

Por favor revise cuidadosamente.

Nosotros podemos usar y revelar información médica sobre usted en varias circunstancias.

1. Tratamiento

Podemos utilizar y divulgar la información médica sobre usted para proporcionar el tratamiento de la salud a usted. En otras palabras, podemos usar y revelar información médica sobre usted para proveer, coordinar o administrar su salud y servicios relacionados. Esto puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y coordinar y administrar su atención médica con otros. Por ejemplo, podemos revelar información de salud a doctores, enfermeras, técnicos u otro personal, incluyendo personas fuera de nuestra oficina, que están involucradas en su atención médica y necesitan la información para proveerle atención médica.

2. Payment

Podemos usar y revelar información médica sobre usted para obtener el pago por los servicios de salud que recibió. Esto significa que, dentro del Departamento de salud, podemos *Usar* información médica sobre usted para arreglar el pago (como preparar facturas y administrar cuentas). También puede *Revelar* información médica sobre usted a otros (tales como aseguradores, agencias de cobro, y agencias de reportes de consumidores). En algunos casos, podemos revelar información médica sobre usted a un plan de seguro *Antes* usted recibe ciertos servicios de atención médica porque, por ejemplo, es posible que necesitemos saber si el plan de seguro pagará por un servicio.

3. operaciones de salud

Podemos usar y revelar información médica sobre usted en la realización de una variedad de actividades comerciales que llamamos "operaciones de salud". Estas actividades de "operaciones de salud" nos permiten, por ejemplo, mejorar la calidad de la atención que brindamos y reducimos los costos de salud. Por ejemplo, podemos usar o revelar información médica sobre usted para realizar las siguientes actividades:

- Revisar y evaluar las habilidades, calificaciones y desempeño de los proveedores de atención médica que cuidan de usted.
- Proporcionar programas de capacitación para estudiantes, aprendices, proveedores de salud o profesionales no sanitarios para ayudar a practiquen o mejoren sus habilidades.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan, certifican o licencian a proveedores de salud, personal o instalaciones en un campo o especialidad particular.
- Revisar y mejorar la calidad, eficiencia y costo de la atención que le brindamos a usted y a nuestros otros pacientes.
- Mejorar el cuidado de la salud y reducir los costos para grupos de personas que tienen problemas de salud similares y ayudar a manejar y coordinar la atención de estos grupos de personas.
- Resolviendo agravios dentro de nuestra organización.

4. personas involucradas en su cuidado

Podemos revelar información médica acerca de usted a un familiar, amigo cercano o a cualquier otra persona que usted identifique si esa persona está involucrada en su cuidado y la información es relevante para su cuidado. Si el paciente es menor de edad, podemos revelar información médica sobre el menor a un padre, guardián u otra persona responsable del menor, excepto en circunstancias limitadas. También podemos usar o revelar información médica acerca de usted a un pariente, otra persona involucrada en su cuidado o posiblemente una organización de socorro en casos de desastre (como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien acerca de su ubicación o condición.

Usted puede pedirnos en cualquier momento no divulgar la información médica sobre usted a las personas implicadas en su cuidado. Acordaremos su petición y no divulgaremos la información excepto en ciertas circunstancias limitadas (tales como emergencias) o si el paciente es un menor de edad. Si el paciente es menor de edad, es posible que podamos o no estar de acuerdo con su solicitud.

5. requerido por la ley

Usaremos y revelaremos información médica sobre usted siempre que la ley lo exija. Hay muchas leyes estatales y federales que nos obligan a usar y revelar información médica. Por ejemplo, la ley estatal nos obliga a reportar heridas de bala y otras lesiones a la policía y a denunciar el abuso o negligencia de niños conocidos o sospechosos en el Departamento de servicios sociales. Cumpliremos con las leyes estatales y con todas las demás leyes aplicables.

6. usos y divulgaciones de la prioridad nacional

Cuando lo permita la ley, podemos usar o revelar información médica sobre usted sin su permiso para varias actividades que son reconocidas como "prioridades nacionales". En otras palabras, el Gobierno ha determinado que bajo ciertas circunstancias, es tan importante revelar información médica que es aceptable revelar información médica sin el permiso del individuo. Sólo divulgaremos información médica sobre usted en las siguientes circunstancias cuando se nos permita hacerlo por ley.

7. autorizaciones

Aparte de los usos y divulgaciones descritos, no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted sin la "autorización" – o el permiso firmado – de usted o de su representante personal. En algunos casos, podemos desear utilizar o revelar la información médica sobre usted y nosotros podemos entrarle en contacto con para pedirle que firme un formulario de autorización. En otros casos, puede ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos

que divulguemos información médica y le pediremos que firme un formulario de autorización.

Continuó

Si usted firma una autorización por escrito que nos permite revelar información médica sobre usted, usted puede posteriormente revocar (o cancelar) su autorización por escrito (excepto en circunstancias muy limitadas relacionadas con la obtención de cobertura de seguro). Si desea revocar su autorización, puede escribirnos una carta revocó su autorización o llenar un formulario de revocación de autorización. Si revoca su autorización, seguiremos sus instrucciones excepto en la medida en que ya hayamos confiado en su autorización y hayamos tomado alguna medida.

Usted tiene derechos con respecto A la información médica sobre usted

1. derecho a una copia de este aviso

Usted tiene el derecho de tener una copia en papel de nuestro aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Además, una copia de este aviso siempre será publicada en nuestra sala de espera.

2. derecho de acceso para inspeccionar y copiar

Usted tiene el derecho de inspeccionar (lo que significa ver o revisar) y recibir una copia de la información médica que nosotros mantenemos en ciertos grupos de registros. Si mantenemos sus registros médicos en un sistema de registro electrónico de salud (HME), usted puede obtener una copia electrónica de sus registros médicos. También puede instruirnos por escrito para enviar una copia electrónica de sus expedientes médicos a un tercero. Si usted desea inspeccionar o recibir una copia de la información médica sobre usted, usted debe darnos una solicitud por escrito. Tal vez podamos proporcionarle un resumen o una explicación de la información.

Podemos negar su solicitud en ciertas circunstancias. Si negamos su petición, le explicaremos nuestra razón para hacerlo por escrito. También le informaremos por escrito si usted tiene el derecho de hacer que nuestra decisión sea revisada por otra persona.

Si usted desea una copia de la información médica sobre usted, le cobraremos un honorario para cubrir los costos de la copia. Nuestros honorarios por copias electrónicas de sus expedientes médicos se limitarán a los costos de mano de obra directos asociados con el cumplimiento de su solicitud.

3. derecho a la modificación de la información médica

Usted tiene el derecho de hacernos enmendar (lo que significa corregir o complementar) la información médica que mantenemos en ciertos grupos de registros. Si usted cree que tenemos información que sea inexacta o incompleta, podemos enmendar la información para indicar el problema y notificar a otros que tienen copias de la información inexacta o incompleta. Si usted desea que modifiquemos la información, usted debe proporcionarnos una solicitud por escrito y explicar por qué le gustaría que nosotros enmendar la información.

Podemos negar su solicitud en ciertas circunstancias. Si negamos su petición, le explicaremos nuestra razón para hacerlo por escrito. Usted tendrá la oportunidad de enviarnos una declaración explicando por qué no está de acuerdo con nuestra decisión de negar su solicitud de enmienda y compartiremos su declaración cada vez que divulguemos la información en el futuro.

4. derecho a una contabilidad de las divulgaciones que hemos hecho

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad (lo que significa una lista detallada) de las divulgaciones que hemos hecho durante los seis (6) años anteriores. La contabilidad no incluirá varios tipos de divulgación, incluidas las divulgaciones para el tratamiento, el pago o las operaciones de salud. Si mantenemos sus registros médicos en un sistema de registro electrónico de salud (HME), usted puede solicitar que incluyan revelaciones para el tratamiento, el pago o las operaciones de salud. La contabilidad tampoco incluirá revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

Si usted solicita una contabilidad más de una vez cada doce (12) meses, nosotros podemos cobrarle un honorario para cubrir los costos de preparar la contabilidad.

5. derecho a solicitar restricciones a los usos y divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar que limitemos el uso y divulgación de la información médica sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de salud. Bajo la ley federal, debemos aceptar su solicitud y cumplir con su (s) restricción (es) solicitada si: salvo que la ley lo exija de otra manera, la divulgación es a un plan de salud con el propósito de llevar a cabo el pago de operaciones de salud (y no es para los propósitos de llevar hacia fuera tratamiento); y, si la información médica se refiere únicamente a un artículo o servicio de salud para el cual la atención médica proporcionada ha sido pagada en su totalidad.

Una vez que estemos de acuerdo con su solicitud, debemos seguir sus restricciones (excepto si la información es necesaria para el tratamiento de emergencia). Usted puede cancelar las restricciones en cualquier momento. Además, podemos cancelar una restricción en cualquier momento si le notificamos de la cancelación y continuamos aplicando la restricción a la información recolectada antes de la cancelación.

6. derecho a solicitar un método alternativo de contacto

Usted tiene el derecho de solicitar ser contactado en una ubicación diferente o por un método diferente. Por ejemplo, puede preferir tener toda la información escrita por correo a su dirección de trabajo en lugar de a su domicilio.

Estaremos de acuerdo con cualquier solicitud razonable de métodos alternativos de contacto. Si usted desea solicitar un método alternativo de contacto, usted debe proporcionarnos una solicitud por escrito.

La ley nos obliga a proteger la privacidad de la información médica y a dar aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Usted puede presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados o si no está satisfecho con nuestras políticas o procedimientos de privacidad, puede presentar una queja por escrito, ya sea con nosotros o con el gobierno federal.

Para presentar una queja por escrito con el gobierno federal, por favor use la siguiente información de contacto:

Oficina de derechos civiles

Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos

Avenida de la independencia 200, S.W. Room 509F, edificio HHH Washington, D.C. 20201

Teléfono gratuito: 1-(877) 696-6775

Sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/complaints/index.html>

Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

Fecha de vigencia