

# DEKALB CLINIC

## AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Como Requerido Por Las Regulaciones De La Privacidad Promulgadas  
Conforme Al Acto De Portabilidad y Contabilidad del Seguro Médico de 1996  
(HIPAA)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER  
UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A  
SU INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE

(FAVOR DE REVISAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE)

Fecha Efectivo del Aviso: 04/14/03

Fecha Revisada del Aviso: 6/15/06

### A. NUESTRA DEDICACIÓN A SU PRIVACIDAD

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud identificable. En la conducta de nuestro negocio, crearemos expedientes relacionado a usted y al tratamiento y a los servicios que le proporcionamos. La ley nos requiere mantener la confidencia de la información de salud que le identifica. La ley también nos requiere proveerle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de la privacidad referentes a su información de salud identificable. Por ley, debemos seguir los términos del aviso de las prácticas de la privacidad que tenemos en efecto en aquel entonces.

Para resumir, este aviso le provee la siguiente información importante:

- Cómo podemos utilizar y divulgar su información de la salud identificable
- Sus derechos de la privacidad acerca de su información de la salud identificable
- Nuestras obligaciones referentes al uso y divulgación de su información de salud identificable

**Los términos de este aviso se aplican a todos los expedientes que contienen su información de salud identificable creados o retenidos por nuestra práctica. Reservamos el derecho de revisar o de enmendar nuestro aviso de las prácticas de privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso será efectivo para todos sus expedientes que nuestra práctica hayacreado o mantenido en el pasado, y para cualesquiera de sus expedientes que podemos crear o mantener en el futuro. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso más actual en cualquier momento.**

### B.SI USTED TIENE PREGUNTAS ACERCA DE ESTE AVISO, FAVOR DE COMUNICARSE CON:

**Administración de la Clinica de Dekalb**

### C.CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE LA SALUD EN LAS MANERAS SIGUIENTES.

Las categorías siguientes describen las diversas maneras en las cuales podemos utilizar y divulgar su información de salud identificable.

1. **Tratamiento:** Nuestra práctica puede utilizar su información de salud identificable para rendirle tratamiento. Por ejemplo, podemos pedirle que obtenga pruebas de laboratorio y nosotros utilizar los resultados para ayudarnos a alcanzar una diagnosis. Además, pudiéramos utilizar su información de salud identificable cuando ordenamos una prescripción para usted. Podemos divulgar su información de la salud, con su consentimiento, a otras personas que pudieran asistir a su cuidado, tal como su esposo(a), hijos o padres.
2. **Pago:** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información de salud identificable para mandar la cuenta y coleccionar el pago para los servicios y los artículos que usted pudiese recibir de nosotros. Por ejemplo, podemos comunicarnos con a su asegurador de salud para certificar que usted es elegible para beneficios (y qué clases de beneficios), y podemos proveer a su asegurador los detalles con respecto a su tratamiento para determinar si su asegurador cubrirá, o pagará por su tratamiento.

3. **Operaciones Del Cuidado Médico:** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información de salud identificable para manejar nuestro negocio. Por ejemplo, nuestra práctica puede utilizar su información de la salud protegida para evaluar la calidad del cuidado que usted recibió de nosotros, o para conducir actividades de la planificación de la gerencia y de manejo del costo.
4. **Recordatorios De la Cita:** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información de salud identificable para comunicarnos con usted y recordarle de una cita.
5. **Opciones Del Tratamiento:** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información de salud identificable para informarle de opciones potenciales de tratamiento o alternativas.
6. **Divulgaciones Requeridos Por La Ley:** Nuestra práctica utilizará y divulgará su información de salud identificable cuando es requerido por la ley federal, estatal o local.
7. **Riesgos De Salud Pública:** Nuestra práctica puede divulgar su información de salud identificable a las autoridades de salud públicas autorizados por la ley para recoger información para el propósito de:
  - Mantener expedientes vitales, tales como nacimientos y muertes
  - Reportar el abuso o la negligencia del niño
  - Prevenir o controlar enfermedades, daños o incapacidades
  - Notificar a alguien acerca de la exposición potencial a una enfermedad comunicable
  - Notificar a alguien acerca de un riesgo potencial de regar o contraer una enfermedad o condición
  - Reportar reacciones a drogas o problemas con ciertos productos o aparatos
  - Notificar las agencias gubernamentales y las autoridades apropiadas acerca del abuso potencial o negligencia de un paciente adulto (incluyendo la violencia doméstica). Sin embargo, divulgaremos esta información solamente si el paciente está de acuerdo o la ley nos requiere o nos autoriza divulgar esta información
  - Notificar a su patrón bajo circunstancias limitadas acerca de daños, enfermedades o vigilancia médica relacionado con el lugar del trabajo
8. **Actividades De Vigilancia De La Salud:** Nuestra práctica puede divulgar su información de salud identificable a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de vigilancia pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, verificaciones, encuestas, licenciamientos y acciones disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativos, y criminales; u otras actividades necesarias del gobierno para supervisar programas del gobierno, conformidad con leyes de los derechos civiles y el sistema del cuidado médico en general.
9. **Pleitos Y Procedimientos Similares:** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información de salud identificable en respuesta a una orden de corte o a una orden administrativa o si usted está implicado en un pleito o procedimiento similar.
10. **Ejecución De La Ley:** Podemos divulgar información de salud identificable si requerido por un funcionario de la ley:
  - Con respecto a una víctima del crimen en ciertas situaciones, si no podemos obtener el consentimiento de la persona
  - Referente a una muerte que creemos que pudo haber sido el resultado de conducta criminal
  - Con respecto a conducta criminal en nuestras oficinas
  - En respuesta a una autorización, orden judicial, citación o proceso legal similar
  - Para identificar o localizar un sospechoso, testigo material, fugitivo o desaparecido
  - En una emergencia, para reportar un crimen (incluyendo la localización o las víctimas del crimen, o la descripción, identificación o localización del perpetrador).
11. **Pacientes Difuntos:** Nuestra práctica puede divulgar la información de salud identificable a un examinador médico para identificar un individual difunto o para identificar la causa de la muerte. En caso de necesidad, también podemos divulgar la información para que los directores fúnebres realicen sus trabajos.
12. **Donación de órganos y tejidos:** Nuestra práctica puede divulgar su información de salud identificable a las organizaciones que manejan el trasplante de órganos, ojos o tejidos, incluyendo los bancos de la donación de órganos, como necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos o tejidos si usted es el donante.
13. **Amenazas Serias A La Salud O Seguridad:** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información de salud identificable cuando es necesario para reducir o para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de otro individuo o el público. Bajo estas circunstancias, haremos divulgaciones solamente a la persona o a la organización capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

14. **Militares:** Nuestra práctica puede divulgar su información de salud identificable si usted es un miembro de las fuerzas militares de los Estados Unidos o fuerzas militares extranjeras (incluyendo a los veteranos) y si es requerido por las autoridades militares apropiadas.
15. **Seguridad Nacional:** Nuestra práctica puede divulgar su información de salud identificable a los funcionarios federales para las actividades de inteligencia y de seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su información de salud identificable a los funcionarios federales para proteger al presidente, otros funcionarios o jefes de estado extranjeros, o para facilitar investigaciones.
16. **Encarcelados:** Nuestra práctica puede divulgar su información de salud identificable a las instituciones correccionales o a los funcionarios de la ley si usted es un encarcelado o bajo el custodia de un funcionario de la ley.
17. **Compensación del Trabajador:** Nuestra práctica puede divulgar su información de salud identificable para el programa de la Compensación del Trabajador o programas similares.

#### D. SUS DERECHAS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE

Usted tiene los derechos siguientes con respecto a la información de salud identificable que mantenemos referente a usted:

1. **Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestra práctica se comunique con usted acerca de asuntos relacionados a su salud de una manera particular o en cierta localización. Nuestra práctica acomodará peticiones razonables. Usted no necesita dar una razón para su petición.
2. **Solicitud De Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en nuestro uso o acceso de su información de salud identificable para el tratamiento, el pago o las operaciones del cuidado médico. Además, usted tiene el derecho de solicitar que limitemos nuestra divulgación de su información de salud identificable a los individuos envueltos en su cuidado o en el pago de su cuidado, tal como miembros de la familia y amigos. Nosotros no estamos obligados a consentir a su petición; sin embargo, si consentimos entonces estamos obligados por nuestro acuerdo excepto cuando es requerido de otra manera por la ley, en emergencias, o cuando la información es necesaria para rendirle tratamiento. Para solicitar una restricción en nuestro uso o acceso de su información de salud identificable, usted debe someter su petición en escrito a La oficina de Administración de nuestra clínica. Su petición debe describir en una manera clara y concisa: (a) la información que usted quiere que sea restringido; (b) si usted está solicitando limitar nuestro uso de esta información, su divulgación o ambas acciones; y (c) a quién quisiera que se aplique estos límites.
3. **Inspección y copias:** Usted tiene el derecho de examinar y de obtener una copia de la información de salud identificable que se puede utilizar para tomar decisiones referente a usted, incluyendo expedientes médicos y expedientes de facturación. Usted puede comunicarse con nuestra oficina de divulgación de expedientes médica en orden de obtener copias o revisar su expediente medico. Nuestra práctica puede cargar un honorario para los costos de copiado, envío, trabajo y materiales asociadas a su petición. Nuestra práctica puede rechazar su petición de examinar y/o de copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, usted puede solicitar una revisión de nuestro rechazo. Las revisiones serán conducidas por el Oficial De Conformidad Corporativo de nuestra clínica.
4. **Enmiendas:** Usted puede pedir que se enmiende su información de la salud si usted cree que es incorrecto o incompleto, y usted puede solicitar una enmienda mientras la información es guardada por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser escrita y sometida a nuestra Consejera Del Paciente en la extensión 2338. Usted nos debe proveer una razón que apoye su pedido para la enmienda. Nuestra práctica rechazará su petición si usted no somete su petición (y la razón que apoya su petición) por escrito. También podríamos rechazar su petición si usted nos pide enmendar información que es: (a) exacto y completo; (b) no es parte de la información de salud identificable guardada por o para la práctica; (c) no es parte de la información de salud identificable que es permitido examinar y copiar; o (d) no fue creado por nuestra práctica, amenos que el individuo o la entidad que creó la información originalmente no es accesible para enmendar la información.
5. **Cuenta De Divulgaciones:** Todos nuestros pacientes tienen el derecho de solicitar una “cuenta de divulgaciones”. La “cuenta de divulgaciones” es una lista de ciertas divulgaciones que nuestra práctica ha hecho de su información de salud identificable. Para obtener una “cuenta de divulgaciones”, usted debe someter su petición por escrito ala oficina de Administración de nuestra clínica. Todas las peticiones para una “cuenta de divulgaciones” deben indicar un período de tiempo, que no puede ser más largo de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Nuestra práctica puede cargar un honorario para los costos de copiado, envío, trabajo y materiales asociadas a su petición. Le notificaremos del total de la carga por adelantado y usted puede retirar su petición antes de que usted incurra cualquier costo.
6. **Derecho De Registrar Una Queja:** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede registrar una queja con nuestra práctica o con el Secretario Del Departamento De Salud Y De Los Servicios Humanos. Para registrar una queja con el Secretario Del Departamento De Salud Y De Los Servicios Humanos a través de la Oficina De Los Derechos Civiles, usted debe registrar la queja en el plazo de 180 días desde cuando usted sabía o debería haber

sabido que ocurrió el acto. La dirección y el número de teléfono para la Oficina De Los Derechos Civiles son como sigue:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
233 N. Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, IL 60601  
Telephone: (312) 886-2359  
TDD: (312) 353-5693  
Fax: (312) 886-1807

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
200 Independence Avenue, SW – Room 506-F  
Washington, D.C. 20201  
Telephone: 1 (800) 368-1019

Para registrar una queja con nuestra práctica, comuníquese con la oficina de administración de nuestra clínica. Todas las quejas deben ser sometidas por escrito. Usted no será penalizado por registrar una queja.

7. **Derecho de proveer autorización para otros usos y divulgaciones:** Nuestra práctica obtendrá su autorización escrita para los usos y las divulgaciones que no son identificados por este aviso ni son permitidos por ley aplicable. Cualquier autorización que usted nos proporcione con respecto al uso y la divulgación de su información de salud identificable se puede revocar en cualquier momento por escrito. Después de que usted revoque su autorización, nosotros ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud identificable por las razones descritas en la autorización. Favor de notar que se nos requiere retener los expedientes de su cuidado.

Una vez más, si usted tiene cualquier pregunta con respecto a este aviso o nuestras pólizas de privacidad de información de salud, favor de comunicarse con la oficina de administración de nuestra clínica por teléfono o por correo a:

**Administración  
DeKalb Clinic  
217 Franklin Street  
DeKalb, IL 60115  
815-758-8671**

**DeKalb Clinic  
Reconocimiento de Aviso**

**Instrucciones:**

**Favor de completar y devolver este Reconocimiento de Aviso De Las Prácticas De Privacidad de la Clínica de DeKalb por cualquiera de los siguiente métodos:**

- 1. Devuélvelo a cualquier empleado de la Clínica de DeKalb en las áreas de registro o recepción**
- 2. Mándelo por correo usando el sobre con sello y dirección que está incluido**
- 3. Mándelo por correo a la siguiente dirección:**

**Privacy Practices Coordinator  
DeKalb Clinic  
217 Franklin Street  
DeKalb, IL 60115**

**Reconozco el recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad de la Clínica de DeKalb.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (letras de bloque)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma De Padres Del Paciente O Guardián

\_\_\_\_\_  
Relación Con El Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha