

Lamas Medical Center
Ana M. Lamas, M.D.

AVISO DE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

ESTE COMUNICADO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y/O DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE LEER ESTE COMUNICADO CUIDADOSAMENTE. USTED NO NECESITA RESPONDER A ESTE AVISO. ESTE AVISO ENTRA EN VIGENCIA EL 14 DE ABRIL DE 2003

El 'Health Insurance Portability & Accountability Act' del 1996 (HIPAA) require que todo historial médico o información personal de salud acerca de cualquier individuo que se nos haya hecho llegar en cualquier forma, ya sea via electrónica, por escrito o verbal, se mantenga en estado confidencial. Esta ley federal le da a usted, el paciente, nuevos derechos para entender y controlar el uso o divulgación de dicha información. HIPAA provee penalidades a entidades que hacen mal uso de la información personal de salud. Como requisito de HIPAA, hemos preparado esta explicación de cómo estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica y las circunstancias en las que podemos hacer uso o divulgación de la misma.

Sin necesidad de obtener una autorización por escrito, se nos permite utilizar y divulgar su historial médico con el fin de obtener tratamiento, pago y facilitar operaciones diarias de salud.

- **Tratamiento** significa el suministro, coordinación, y manejo de los servicios relacionados con su salud por uno o varios proveedores de salud (ej; doctor, PA, etc.) Ejemplos de tratamiento incluyen: visitas al la oficina del médico, visitas de seguimiento o 'follow-up', pruebas de piel, laboratorios, vacunas, etc.
- **Pago** significa cualquier actividad relacionada con el reembolso de servicios médicos administrados por esta compañía, confirmación de cobertura médica, facturación de servicios o colección de pago, y revisión de utilización. Por ejemplo, la facturación a su plan de salud o seguro médico por sus vacunas de alergia.
- **Operaciones del cuidado médico** 'Health Care Operations' incluye los aspectos administrativos sobre el manejo de nuestra práctica tal como hacer revisiones sobre la calidad de nuestros servicios y efectuar mejoras, llevar a cabo auditorías, análisis de costo y manejo y de servicio al cliente. Un ejemplo de dichas operaciones incluye una revisión periódica de el protocolo de documentación del historial médico, etc.

En adición, su información confidencial puede ser utilizada para recordarle a usted sobre una cita médica pendiente (via teléfono o correo postal) o proveerle a usted con información sobre su tratamiento médico, opciones de tratamiento, u otros servicios relacionados con su salud incluyendo la divulgación de información a familiares y/o amigos que esten envueltos directamente con el cuidado de su salud o que esten asistiendo en su cuidado personal. Nosotros usaremos y divulgaremos su información personal de salud cuando se nos sea requerido por cualquier agencia de ley federal, estatal o local. Podemos divulgar su información personal de salud a las autoridades de salud pública que están autorizadas por ley para recolectar dicha información, a las agencias de vigilancia de salud para actividades autorizadas por ley incluyendo pero no limitadas a: respuestas a una orden judicial o administrativa, si usted está envuelto en una demanda judicial o algun proceso similar, respuesta a una petición de descubrimiento "discovery", subpoena, o cualquier procedimiento de ley por parte del otro grupo envuelto en una disputa, pero solo si hemos hecho el intento de informarle sobre dicha petición o hemos tratado de obtener una orden que proteja la información solicitada. Divulgaremos su información de salud si es solicitada por un oficial de la ley por cualquier circunstancia requerida por la misma. Podemos divulgar su información médica a un examinador médico forense o coroner para propósitos de identificación de cadáver o causa de muerte. Si es necesario, divulgaremos su información de salud a directores funerarios para que puedan hacer su trabajo. Podemos divulgar su información médica a organizaciones que tratan con la donación o transplante de órganos, ojos o tejidos, incluyendo bancos de donación de órganos, para facilitar la donación o transplante de órganos o tejidos en el caso que usted sea donante de órganos. Podemos utilizar o divulgar su información médica en el caso que sea necesario para detener o prevenir una amenaza seria contra su salud y seguridad y/o la salud y bienestar de otra persona o del público en general. Bajo estas circunstancias, solo haremos divulgaciones de su información médica a la persona u organización capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Podemos divulgar su información médica si usted es miembro de las fuerzas militares de los Estados Unidos o del extranjero (incluyendo veteranos) y si es solicitada por las autoridades apropiadas. Podemos divulgar su información médica a oficiales federales para inteligencia y actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. Podemos divulgar su información médica a oficiales federales para proteger el Presidente, otros oficiales o ministros de estado del extranjero, o para efectuar investigaciones. Podemos divulgar su información médica a instituciones correccionales u

oficiales de la ley si usted es un confinado preso o está bajo la custodia de un oficial de ley. Divulgaciones para estos propósitos son necesarias: (a) para la institución con fin de proveer servicios médicos para usted, (b) por el bienestar y la seguridad de la institución y/o (c) para proteger su salud y su seguridad o la salud y bienestar de otros individuos y del público en general. Podemos divulgar su información médica a programas como "Workers' compensation" u otros programas similares.

Cualquier otro uso y/o divulgación se llevará a cabo solamente con su autorización (por escrito). Usted puede revocar dicha autorización por escrito y nosotros estamos obligados a honrar y actuar bajo esa petición, excepto en la medida en la que previamente se hayan hecho divulgaciones anteriores a su petición basadas en su previa autorización.

Usted tiene ciertos derechos en relación a su información médica confidencial, los cuales puede ejercer mediante una petición por escrito dirigida al Oficial de Privacidad a la dirección que aparece a continuación:

- El derecho de pedir restricciones sobre algunos usos o divulgaciones de su información médica, incluyendo aquellas relacionadas a divulgaciones de información a familiares, amigos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con su petición. Si estamos de acuerdo con su petición de restricción, debemos honrarla a menos que usted decida removerla y haga dicha petición por escrito.
- El derecho de pedir que las comunicaciones confidenciales sobre su información médica provista por nosotros sea por medios alternos o dirigida a lugares alternos.
- El derecho de obtener acceso, inspeccionar y copiar su información médica.
- El derecho a pedir que se haga una enmienda a su información médica.
- El derecho de recibir un resumen de las divulgaciones de su información médica que se hayan hecho por razones que no sean con fines de tratamiento, pago u operaciones de salud (health care operations).
- El derecho de obtener una copia de este aviso según lo solicite.

ESTAMOS OBLIGADOS POR LEY A MANTENER LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION MEDICA Y DE PROVEERLE CON UN AVISO DE NUESTRAS TAREAS LEGALES Y PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD AL RESPECTO.

Estamos obligados a cumplir con los términos de el Aviso de Procedimientos de Privacidad actualmente en efecto. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Procedimientos de Privacidad y de hacer las nuevas estipulaciones efectivas para todos los historiales médicos que mantenemos. Cualquier revisión a nuestro Aviso de Procedimientos de Privacidad será efectivo en la fecha indicada y usted puede solicitar una copia del Aviso Revisado de esta oficina.

Usted tiene el derecho de hacer una queja formal y por escrito sobre esta oficina a la dirección que aparece a continuación, o a el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, en el caso que usted crea que sus derechos de confidencialidad han sido violados. Nosotros no tomaremos represalias contra usted por poner una queja.

Para más información sobre nuestras Procedimientos de Privacidad o poner una queja, favor de comunicarse con:

Oficial de Privacidad
Mariana Viera-Navarro
Lamas Medical Center
2000 SW 27th Avenue, Suite 301
Miami, Florida 33145
305.461.2010

Para más información sobre HIPAA o poner una queja, favor de comunicarse con:

The U.S. Department of Health & Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
877.696.6775 (toll free)

Lamas Medical Center
Ana M. Lamas, M.D.

**Autorización para Propósitos de Tratamiento, Pago u
Operativos médicos**

Yo autorizo el uso o divulgación de mi información médica por **Lamas Medical Center** para propósitos de diagnóstico o tratamiento, para obtener pagos por servicios médicos, o para llevar a cabo operativo médicos por **Lamas Medical Center**. Entiendo que mi diagnóstico o tratamiento sugerido por **Ana M. Lamas, M.D.** puede estar sujeto a mi consentimiento como es evidenciado por mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho de pedir una restricción sobre el uso o divulgación de mi información médica. **Lamas Medical Center** no está sujeto a estar de acuerdo con dicha restricción. Sin embargo, si **Lamas Medical Center** accede a su petición de restricción, tenemos la obligación de honrarla.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento excepto en la medida en la que **Ana M. Lamas, M.D. o Lamas Medical Center** haya tomado acción sobre este consentimiento.

Mi "información médica" (protected health information) se define como: información médica o de salud que incluye datos demográficos, obtenidos por mí que han sido creados o recibidos por mi doctor, cualquier otro proveedor de salud, plan médico, mi empleador o un 'healthcare clearinghouse'. Esta información médica está relacionada con mi historial médico pasado, presente y con mi condición física o mental futura. Dicha información me identifica o da base razonable para creer que esta información me pueda identificar.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el *Aviso de Procedimientos de Privacidad* de **Lamas Medical Center** antes de firmar este documento. Certifico además que una copia del *Aviso de Procedimientos de Privacidad* de **Lamas Medical Center** se me ha entregado personalmente. El *Aviso de Procedimientos de Privacidad* describe las circunstancias en las cuales podemos hacer uso o divulgación de su información médica para propósitos de tratamiento, pago u operativos médicos por **Lamas Medical Center**. El *Aviso de Procedimientos de Privacidad* de **Lamas Medical Center** está disponible en el 2000 SW 27th Ave, Suite 301, Miami, FL o en nuestra página del Internet al www.lamasmedical.com Este *Aviso de Procedimientos de Privacidad* también describe mis derechos y las obligaciones de **Lamas Medical Center** con respecto al uso o divulgación de mi información médica.

Lamas Medical Center se reserva el derecho de hacer enmiendas al *Aviso de Procedimientos de Privacidad*. Entiendo que puedo obtener una copia de la enmienda al *Aviso de Procedimientos de Privacidad* llamando a la oficina y solicitando una copia por correo o solicitando una copia en mi próxima visita médica.

Entiendo que tengo el derecho de designar a un representante personal a quien autorizo a recibir información médica privada de mi parte. Sin embargo, entiendo que no estoy en la obligación de hacerlo.

(Marque la que aplique) Yo _____deseo _____No deseo designar un Representante Personal

Nombre del Representante Personal: _____ Relación: _____

Descripción autoridad del Representante Personal: _____

Nombre Paciente (letra molde)

Firma / Fecha