

**NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD  
SALL/MYERS MEDICAL ASSOCIATES, P.A.**

ESTA NOTA DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y  
COMPARTIDA Y COMO UD. PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.  
POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ESTA NOTIFICACION.

El acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1966 (The Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996), conocido tambien por sus siglas en ingles de "HIPAA", es un programa Federal que requiere que todos los archivos medicos y otras informaciones médicas que identifican a individuos usados o difundidos por nosotros de cualquier forma, ya sea electrónicamente, papel u oralmente serán mantenidos propiamente confidencial. Esta acta le otorga a Ud., el paciente, significativos derechos para entender y controlar como se utiliza su información médica. "HIPAA" provee penalidades para cualquier entidad que use inapropiadamente su información médica.

Respondiendo a los requisitos de "HIPAA," hemos preparado esta explicación de cómo nos es requerido el mantener confidencial su información médica, como hemos de usar y difundir dicha información.

Nosotros podremos usar y/o difundir sus archivos medicos solamente para los siguientes propósitos: tratamiento, pagos y manejos de cuidados de salud.

- **Tratamiento** significa proveer, coordinar o manejar cuidados de salud y servicios relacionados por uno o más proveedores de cuidados de salud. Un ejemplo de esto incluye un examen físico.
- **Pagos** significa aquellas actividades tales como obtener reembolsos por servicios rendidos, confirmación de cobertura, cobros o actividades de recolección y revision de utilización de servicios. Un ejemplo de esto sería el enviar una factura de cobro por su visita a su compañía de seguro médico para recolección de pagos.
- **Manejos de cuidados de salud incluyen** el aspecto commercial de conducir nuestra práctica de cuidado de salud, tales como conducir evaluaciones de calidad y el mejoramiento de actividades, funciones, de auditoria, análisis de costos administrativos y servicios al cliente. Un ejemplo de esto sería una revision interna de la calidad de evaluaciones.

Podríamos también crear y distribuir información médica removiendo toda referencia individual que pueda identificar algún paciente.

Podríamos contactarle a Ud. para proveerle de recordatorios de citas médicas o información sobre tratamientos alternativos, beneficios relacionados a la salud y servicios que pueden ser de interés para Ud.

Cualquier otro uso o difusión de informacindn será hecho solo con su autorización escrita. Ud. puede también revocar esta autorización por escrito y estamos requeridos de honrar y acatar esta solicitud escrita, excepto en aquellas circunstancias en las cuales ya hemos tomado acción basados en su autorización escrita.

Usted tiene los siguiente derechos con respecto a su información médica protegida bajo confidencialidad, la cual usted puede ejercitar a través de su solicitud escrita al oficial de confidencialidad:

- El derecho de solicitar la restricción de ciertos usos o difusión de información médica protegida, incluyendo el difundir información a miembros de su familia inmediata u otros familiares, amigos cercanos o cualquier otra persona identificada por Ud. No obstante, no estamos requeridos en estar de acuerdo con una solicitud de restricción. Si estamos de acuerdo con alguna restricción, tenemos que acatarla amén que usted este de acuerdo en removerla por escrito.
- El derecho de solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida de nosotros por medios o localizaciones alternativos.
- El derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida.
- El derecho de recibir un informe de las difusiones de su información médica protegida.
- El derecho de obtener una copia de esta notificación de parte nuestra al usted solicitarla.

Estamos requeridos por ley a mantener la confidencialidad de su información médica protegida y de proveerle a usted una notificación de nuestras obligaciones legales y de Prácticas de Confidencialidad con respecto a su información médica protegida.

Esta notificación esta en efecto desde el 1o de Abril del 2003, y estamos requeridos en acatar los terminus de esta Notificación de Prácticas de Privacidad que está en efecto a este momento. Nos reservamos el derecho de cambiar los terminus de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad y de hacer las nuevas provisiones de la notificación efectiva para todas las informaciones médicas protegidas que mantenemos. Esta oficina hará accessible la version revisada de la Notificación de Prácticas de Privacidad y le proveeremos una copia si así usted lo desea.

Usted tiene un recurso si siente que la protección de su privacidad a sido violada. Usted tiene el derecho de presentar una queja por escrito a nuestra oficina o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. (Department of Health and Human Services) en la Oficina de Derechos Civiles, sobre la violación de las provisiones de esta notificación o de las regulaciones y procedimientos de nuestra oficina. Nosotros no tendremos represalias contra usted por someter una queja.

Por favor comuníquense con nosotros para mas información.

Para más información sobre "HIPAA" o para someter una queja:

The U.S. Department of Health & Human Services  
 Office of Civil Rights  
 200 Independence Ave., S.W.  
 Washington, D.C. 20201  
 (201) 619-0257  
 Toll Free: 1-877-696-6775  
 HIPAA Hot Line: 1-800-627-7748