



HIPAA Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

This Notice of Privacy Practices describes how we may use and disclose your protected health information (PHI) to carry out treatment, payment or health care operations and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your protected health information. "Protected health information" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services.

We are required by law to maintain the privacy of protected health information and to provide individuals with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information.

Uses and Disclosures of Protected Health Information: Your protected health information may be used and disclosed for the purpose of providing health care services to you, to pay your health care bills, to support the operation of our practice, and any other use required by law.

Treatment: We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party. For example, we would disclose your protected health information, as necessary, to a home health agency that provides care to you or your protected health information may be provided to a physician to whom you have been referred to ensure that the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

Payment: Your protected health information will be used as needed to obtain payment for your health care services. For example, we may provide your protected health information to your health plan to obtain payment for services.

Healthcare Operations: We may use or disclose, as needed, your protected health information in order to run our practice, improve your care, and contact you when necessary. These activities include, but are not limited to, quality assessment activities, employee review activities, training of medical students, licensing, and conducting or arranging for other business activities. For example, we may disclose your protected health information to medical school students that see patients at our office. In addition, we may use a sign-in sheet at the registration desk where you will be asked to sign your name and indicate your physician. We may also call you by name in the waiting room when your physician is ready to see you. We may use or disclose your protected health information, as necessary, to contact you to remind you of your appointment.

Uses and Disclosures Which Do Not Require Your Authorization: We may use or disclose your protected health information in the following situations without your authorization: as required by law; for certain public health and safety issues, including the reporting of communicable diseases and suspected abuse, neglect, or domestic violence; in response to a court or administrative order or subpoena; to coroners, funeral directors, or medical examiners upon the death of an individual; to organ or tissue procurement organizations; for worker's compensation claims, law enforcement and special government functions, such as national security and health oversight purposes. We can also share your information for certain health research. We may disclose your protected health information to the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements of the federal privacy laws.

Uses and Disclosures to Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care: If family members, relatives, or friends are helping to care for you or pay for your medical costs, we may release protected health information to them unless you object. This information will be limited to that necessary to pay for your care or to care for you. We also may provide your protected health information to a disaster relief organization to allow your family to be notified about your condition and whereabouts in a disaster. In an emergency situation where you may not be able to object, we may share your information if we believe it is in your best interest. We also may share your information when necessary to lessen a serious and imminent threat to health or safety.

Other permitted and required uses and disclosures will be made only with your consent, authorization, or opportunity to object unless required by law. You may revoke such authorization at any time in writing, except to the extent that we have taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization. Uses and disclosures of your psychotherapy notes, if any, uses and

disclosures of your protected health information for marketing purposes, and disclosures that constitute a sale of your protected health information only will be made with your written authorization, unless otherwise permitted or required by law, as described in this Notice.

We may contact you to raise funds for our organization and you have the right to opt out of receiving fundraising communications.

Your Rights: Following is a statement of your rights with respect to your protected health information.

You have the right to inspect and copy your protected health information. Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records: psychotherapy notes; information compiled in reasonable anticipation of, or use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding; and protected health information that is subject to a law that prohibits such access. We may charge a reasonable, cost-based fee for copying or postage. You may not remove our records from the premises. If we maintain your information electronically, we can provide you with the protected health information in a mutually agreeable readable electronic form and format upon your request.

You have the right to request a restriction of your protected health information. This means you may ask us not to use or disclose any part of your health information for the purposes of treatment, payment, or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or payment for your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply.

We are not required to agree to a restriction in all circumstances, but we will agree to a restriction for disclosures to a health plan if (1) the disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and (2) the protected health information pertains solely to a health care item or service for which you, or a person other than the health plan on your behalf, has paid us in full. If we agree to a restriction on the use or disclosure of your protected health information, we must comply with such restriction, other than in an emergency or certain other circumstances permitted or required by law.

You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. We will accommodate all reasonable requests.

You have the right to obtain a paper copy of this notice from us, upon request, even if you have agreed to accept this notice alternatively i.e., electronically.

You may have the right to request an amendment of your protected health information. If we deny your request for amendment, you may file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures we have made, if any, of your protected health information. We will include all disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures. We will provide one accounting per year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

You have the right to be notified of a breach. We are required by law to notify you following a breach that may have compromised the privacy or security of your unsecured protected health information.

You have the right to choose someone to act for you. If you have given someone medical power or attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. We will make sure the person has this authority and can act for you before we will take any action.

We are required to abide by the terms of this Notice currently in effect. We reserve the right to change the terms of this notice and will inform you by mail of any changes. You then have the right to object or withdraw notice.

Complaints. You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our privacy contact (Maria Fragoso 773-584-6148) of your complaint.

We will not retaliate against you for filing a complaint.

HIPAA Aviso sobre la Privacidad del Paciente

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este aviso sobre la Privacidad del Paciente describe como podríamos usar y revelar la información protegida sobre su salud (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago o procedimientos relacionados al cuidado de la salud (TPO) y para otros propósitos que son permitidos o son requeridos por la ley. También describe sus derechos para obtener acceso y controlar la información protegida sobre su salud. "Información protegida de salud" es información acerca de usted. Incluye información demográfica, que podría servir para identificarlo y que se relaciona a su salud física o mental o a condiciones y servicios relacionados al cuidado de su salud en su pasado, presente, o la condición futura de su salud.

1. Usos y revelaciones acerca de la información protegida de salud.

Su información protegida de salud puede ser usada y revelada con el propósito de proporcionarle servicios de cuidado para su salud, para el pago de sus cuentas medicas, para apoyar las operaciones de la práctica del doctor, y para cualquier otro uso requerido por la ley.

El tratamiento: Usaremos y revelaremos su información protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para administrar el cuidado de su salud y cualquier otro servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración del cuidado de su salud con terceros. Por ejemplo, de ser necesario, podríamos revelar su información protegida de salud a un hogar de asilo que le provee cuidados a usted. También su información podría ser suministrada a un doctor a quien usted ha sido referido para cerciorarse de que el médico tenga información para el diagnóstico o tratamiento.

Pago: Usaremos y divulgaremos su información protegida de salud de la manera que sea necesaria para obtener el pago por el costo de los servicios proveídos para su salud. Por ejemplo, la aprobación para ser admitido en un hospital tal vez requiera que se le revele/dé cierta información pertinente protegida sobre su salud al plan (seguro) de salud para obtener una aprobación para su admisión al hospital.

Transacciones relacionadas al cuidado de la salud: Podríamos usar o revelar su información de salud protegida para poder apoyar las actividades relacionadas a la practica/oficina de su doctor. Estas actividades incluyen pero no se limitan a actividades sobre control de calidad, actividades relacionadas al rendimiento de empleados, entrenamiento de estudiantes médicos, la obtención de licencias y para realizar la preparación de otras actividades de negocio. Por ejemplo, podríamos revelar su información protegida sobre la salud a estudiantes médicos que ven/atenden a pacientes en nuestra oficina. Además, es posible que usemos una hoja de registro ubicada en el escritorio de la recepción en donde se le pedirá que firme su nombre e indique quien es su doctor. También es posible que lo llamamos por su nombre cuando el doctor este listo para atenderlo. Podríamos usar o revelar su información protegida de salud de la manera que sea necesaria, para contactarlo/a para recordarle acerca de su cita.

Podríamos usar o revelar la información protegida sobre su salud sin su autorización en las siguientes situaciones. Estas situaciones incluyen: Según lo requiera la Ley, asuntos relacionados a la Salud Publica según lo requiera la Ley, enfermedades contagiosas, equivocaciones por descuido relacionadas a la salud, abuso o negligencia, requisitos por parte del Departamento de Comida y Drogas/Medicamentos, procedimientos legales, ejecución de la ley, investigadores de muertes violentas/juez de instrucción, directores de funerales, Instrucción/personal relacionados a la donación de órganos, investigaciones , actividad criminal, actividad militar, seguridad nacional, compensación por enfermedad o accidente en el trabajo y reclusos. De acuerdo a la ley debemos hacerle las revelaciones a usted, y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud, estas revelaciones se deberán hacer investigar determinar si nos estamos adhiriendo a los requisitos de la sección 164.500.

Revelaciones y otros usos permitidos y requeridos se llevaran a cabo solamente con su consentimiento, autorización, o con una oportunidad para que usted lo dispute al menos que sea requerido por la ley. Usted puede revocar/cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito, al menos y hasta el grado en que su doctor ya haya realizado una acción en base al uso o revelación indicada en la autorización.

Sus derechos: A continuación se encuentra una declaración sobre sus derechos, relacionada a la información protegida sobre su salud.

Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar la información protegida sobre su salud. Sin embargo, según la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes archivos: apuntes de psicoterapia, información recopilada con anticipación razonable en o para uso en un pleito o procedimiento judicial civil, criminal o administrativo; ni información protegida de salud que este sujeta a una ley que le prohíba acceso a la información de salud protegida.

Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar la información protegida de su salud. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni revelemos cualquier parte de información protegida sobre su salud que pudiera ser usada en relación al tratamiento, pago u operaciones relacionadas al cuidado médico. Usted también puede solicitar que cualquier parte de la información protegida sobre su salud no les sea revelada a miembros de su familia o amigos quienes estén relacionados en su cuidado o para propósitos de notificaciones como se describe en este Anuncio Sobre Privacidad del Paciente. Su solicitud deberá especificar la restricción que solicita y la persona a quien usted desea que se le aplique la restricción.

No es requerido que su doctor esté de acuerdo con alguna solicitud que usted haya pedido. Si su doctor cree que resultaría beneficioso para usted el permitir y revelar la información protegida sobre su salud, ella no será restringida. Si esto sucede, usted tendrá el derecho de escoger a otro profesional para el cuidado de su salud.

Usted tiene el derecho de solicitar que le enviemos comunicados confidenciales para medios alternos o a una ubicación distinta. Si usted así lo solicita, usted tiene el derecho de obtener una copia por escrito de este aviso, inclusive si usted accedió a recibir este aviso por un medio diferente, como por ejemplo electrónicamente.

Usted podría tener el derecho que su medico haga cambios a la información sobre su salud protegida. Si negamos la solicitud de los cambios, usted tiene el derecho de presenta una declaración indicando que esta en desacuerdo con nosotros, y a la vez es posible que nosotros preparemos una refutación en respuesta a su declaración. Usted recibiría una copia de ella. En el caso de que existieran, usted tiene derecho de recibir un recuento de revelaciones hechas de la información protegida sobre su salud. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por medio del correo sobre cualquier cambio. En dado caso, usted tendrá el derecho de oponerse o retirarse según se especifica en este aviso.

Quejas: Si usted cree que nosotros hemos violado sus derechos sobre su privacidad, usted podrá exponer sus quejas a nosotros o al Secretario de Servicios Humanos y de Salubridad. Usted puede presentarnos una queja notificando a nuestro contacto (María Fragosó 773-584-6148) que se encarga de la privacidad de los pacientes. **Nosotros no tomaremos represalias en contra de usted por presentar una queja.**