

**CARY PEDIATRIC CENTER, P.A.
FUQUAY-VARINA PEDIATRICS
APEX PEDIATRICS**



**Su Información.
Sus Derechos.
Nuestras Responsabilidades.**

**Sus
derechos**

Usted tiene derecho a:

- Recibir una copia de papel o electrónica de su expediente médico
- Corregir su expediente electrónico o de papel
- Pedir comunicación en forma confidencial
- Pedir un límite en la cantidad e información que debe ser divulgada
- Recibir una lista de los individuos con los cuales hemos compartido su información
- Recibir una copia de este aviso de privacidad
- Escoger a alguien que actúe por usted
- Quejarse oficialmente si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

Ver página 2 para conocer más acerca de sus derechos y como ejercitarlos

**Sus
opciones**

Usted tiene opciones en la manera en la que podemos usar y compartir su información mientras:

- Compartimos con su familia y amigos concerniente a su condición
- Proveemos ayuda después de un desastre
- Le incluimos en un directorio de un hospital
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- Hacemos recaudación de fondos

Ver página 4 para más información en estas opciones y como ejercitarlas

Nuestros usos y publicaciones

Podríamos usar y compartir su información mientras:

- Le damos tratamiento
- Manejamos nuestra organización
- Enviamos facturas sobre sus servicios médicos
- Ayudamos en beneficio de la salud pública y cuestiones de seguridad
- Investigamos
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a una petición de donación de órganos
- Trabajamos con un examinador médico o un director de una funeraria
- Respondemos a reclamaciones de indemnización laboral, respondemos a las autoridades, y respondemos a otras peticiones de oficinas gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Ver página 4 y 5 para más información y otros usos.

Sus Derechos

Cuando se trata de su información relacionada con su salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle

Recibir una copia de papel o electrónica de su expediente médico

- ☐ Usted puede pedir ver o recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información que tengamos concerniente a su salud. Pregúntenos acerca de cómo hacer esto.
- ☐ Nosotros le proveeremos un resumen de su información de salud, usualmente en los próximos 30 días de su petición. Podríamos cobrarle un cargo razonable, basado en el costo de papeleo.

Pedirnos que corrijamos su expediente médico

- ☐ Usted puede pedirnos que corrijamos su información en su expediente médico si usted cree que es incorrecto o incompleto. Pregúntenos como hacer esto.
- ☐ Podríamos decir “no” a su petición, pero le daremos la razón por escrito en los siguientes 60 días.

Pedirnos comunicación confidencial

- ☐ Usted puede pedirnos que le contactemos de maneras específicas (por ejemplo, número telefónico de casa o de oficina) o de enviar correo electrónico a una dirección diferente.

- ☐ Nosotros responderemos “sí” a todas su peticiones que sean razonables.

Pedirnos que usemos un límite en los que compartimos o usamos

- ☐ Usted puede pedir que **no** usemos o compartamos información específica concerniente a su salud y tratamiento, pagos, en la operación de nuestros servicios. No estamos requeridos a aceptar su petición, y podemos decir “no” si esto afecta al bienestar de su salud.
 - ☐ Si usted paga por un servicio o un artículo para el uso de su tratamiento de su bolsillo en su totalidad, usted puede pedirnos que **no** compartamos esta información con su aseguradora por propósito de reembolso. Nosotros responderemos “Sí” al menos que la ley requiera que revelemos esta información.
-

Pedirnos una lista de los individuos con los que hemos compartido su información

- ☐ Usted puede pedir una lista (contabilidad) con las veces que hemos compartido su información por un periodo de seis años anteriores a la fecha de su petición, nombre de personas con las que compartimos, y la razón por la que la compartimos.
 - ☐ Nosotros incluiremos todas las divulgaciones excepto por aquellas que sean concernientes a operación de su atención médica, y ciertas divulgaciones (tales como cualquiera que usted haya especificado). Nosotros proveeremos una lista por año sin cargo, pero habrá un cargo razonable por costo de papelería si usted pide otra lista en menos de 12 meses.
-

Recibir una copia de este aviso de privacidad

- ☐ Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aun si usted acepto una copia de formato electrónico. Nosotros le proveeremos una copia en papel lo más pronto posible.
-

Escoger alguien que actúe en su lugar

- ☐ Si usted le ha dado a alguien un poder o alguien es su tutor, esa persona puede ejercitar sus derechos y tomar decisiones respecto a la información concerniente a su salud.
 - ☐ Nosotros no aseguraremos de que esta persona tenga dicha autoridad y que pueda tomar decisiones por usted antes actuar.
-

Poner una queja formal si usted cree que sus derechos han sido violados

- ☐ Usted puede poner una queja formal si usted cree que sus derechos han sido violados contactándonos usando la información en la página 1.
- ☐ Usted puede poner una queja oficial por medio del Departamento de Salud y Servicios Sociales y de Derechos Civiles enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando a 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/complaints/.

- ☐ Nosotros no tomaremos acción en su contra por poner una queja.

Sus Opciones

Para cierta información de salud, usted pueda decirnos sus preferencias en cuestión en lo que podemos compartir. Si usted tiene una preferencia clara al respecto de cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos que quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene ambos, el derecho y la opción de decirnos como:

- ☐ Compartir información con miembros de su familia, amistades cercanas, u otros involucrados en el cuidado de su salud.
- ☐ Compartir información en la situación de un desastre natural
- ☐ Incluir su información en el directorio de un hospital

Si no les es posible especificarnos sus preferencias, por ejemplo si usted esta inconsciente, probablemente tomaremos la decisión de compartir información si creemos que es en su beneficio. Posiblemente compartamos su información cuando sea para el beneficio de reducir una amenaza seria e inminente para su salud o bienestar.

En estos casos nosotros nunca compartiremos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- ☐ Mercadeo
- ☐ Venta de su información
- ☐ Principalmente para anotaciones de psicoterapia

En caso de recaudación de fondos:

- ☐ Podríamos contactarle en el esfuerzo de recaudar fondos, pero usted puede decirnos que no le contactemos de nuevo.

Nuestros usos y publicacion

¿Cómo usamos o compartimos típicamente su información de salud?

Típicamente usaremos o compartiremos su información de salud de las siguientes maneras.

Tratamiento

Podríamos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que estén dándole tratamiento médico.

Ejemplo: Un doctor que le esté tratando por una lesión pregunta a otro doctor acerca de la condición general de su salud.

Corremos nuestra organización

Nosotros podemos usar y compartir su información médica para poder correr nuestra organización, mejor el servicio para su salud, y contactarle cuando sea necesario.

Ejemplo: Nosotros usamos información concerniente a su salud para gestionar su tratamiento y servicio

Cargos por servicios

Nosotros podemos usar y compartir su información para cobrar y recibir pago del seguro médico u otras entidades

Ejemplo: Nosotros damos información acerca de usted a su seguro médico para poder recibir pago por los servicios recibidos

¿De que otras maneras podríamos nosotros compartir su información de salud? Nosotros estamos permitidos o nos es requerido compartir su información en otras maneras—usualmente en maneras que contribuyen al beneficio público, tales como la salud pública e investigaciones. Es nuestro deber satisfacer muchas condiciones de la ley antes que podamos compartir su información para tales propósitos. Para más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda para el beneficio de la salud pública y cuestiones de seguridad

- ☐ Nosotros podemos compartir información sobre su salud por ciertas situaciones tales como:
 - ☐ Prevención de enfermedades
 - ☐ Retiro de productos del mercado
 - ☐ Reportar reacciones adversas a medicamentos
 - ☐ Reportar sospechas sobre posible abuso, negligencia, o violencia domestica
 - ☐ Prevención o reducción de amenazas graves hacia la salud o seguridad del individuo.

Investigaciones

- ☐ Podríamos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplimiento con la ley

- ☐ Nosotros compartiremos información acerca de usted si el estado o las leyes federales lo requieran, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desean ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

Responder a petición de donación de órganos

- ☐ Podremos compartir información con organizaciones concerniente a obtención de órganos.

Trabajar con un examinador médico o un directo de funeraria

- ☐ Podremos compartir información de salud con un juez de instrucción, un examinador médico, o un director de funeraria por la muerte de un individuo.

Responder a peticiones de indemnización laboral, cumplimiento de la ley, y otras peticiones gubernamentales.

- ☐ Nosotros podemos usar y compartir su información de salud para:
 - ☐ para reclamos de indemnización laboral,
 - ☐ para el propósito del cumplimiento de la ley o responder a un oficial de la ley,
 - ☐ con agencias que vigilan la salud para actividades autorizadas por la ley,
 - ☐ para funciones especiales gubernamentales tales como la militar, seguridad nacional, y servicios de protección presidenciales.

Responder a demandas y acciones legales.

- ☐ Podemos compartir información de salud acerca de usted al responder a una corte o una orden administrativa, o en respuesta a una citación.

Recordatorios de citas

- ☐ Podremos usar o compartir su información para contactarle y recordarle de su cita.

Nosotros obtendremos su autorización en escrito para el uso de su información para propósitos de investigación médica.

Nuestras responsabilidades

- ☐ Nos es requerido por la ley mantener la privacidad y seguridad de su información de salud.
- ☐ Le dejaremos saber prontamente si hay incumplimiento y pone en peligro la privacidad o seguridad de su información.
- ☐ Nosotros debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proveerle con una copia.
- ☐ No usaremos o compartiremos su información más que por los propósitos aquí descritos al menos que nos lo pida por escrito. Si usted nos autoriza, usted puede cambiar de parecer en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si cambia de parecer.

Para más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Nosotros podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios serán aplicables a toda la información concerniente a usted. El nuevo aviso estará disponible a su pedido, en nuestra oficina, o en nuestra página de internet.

Este aviso es efectivo desde 9/23/2013

Este aviso de Prácticas de Privacidad es aplicable para las siguientes organizaciones.

Cary Pediatric Center
1001 Crescent Green
Cary, N.C 27518
Phone: 919-467-3211
Fax: 919-467-5315

Fuquay -Varina Pediatric Center
316 Judd Place Drive
Fuquay Varina, NC 27526
Phone: 919-557-2362
Fax: 919-557-2168

Apex Pediatric Center
1021 W. Williams St
Apex, N.C 27502
Phone: 919-290-1090
Fax: 919-290-1086

www.carypediatriccenter.com

Oficial de Privacidad: Melodie Lynch BSN, RN, CCRC

919-467-3211