

# ASOCIACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL CONDADO DE NAVARRO

Dr. Kent E. Rogers

618 N Main St., Corsicana, Texas 75110-3028

903-874-6731 o 903-872-2151

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Sus derechos en virtud de la Ley de Portabilidad, Seguro y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996  
(HIPAA)

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, léalo detenidamente.**

Esta práctica utiliza y divulga su información de salud para el tratamiento y para obtener el pago del tratamiento, para fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que recibe.

Este aviso describe nuestras prácticas de privacidad. Podemos cambiar nuestras políticas y este aviso en cualquier momento y tener esas políticas revisadas se aplica a toda la información médica protegida que mantenemos.

Si cambiamos nuestro aviso, lo publicaremos en la oficina donde se pueda ver. Puede solicitar una copia impresa de este aviso, o cualquier aviso revisado, en cualquier momento (incluso si nos ha permitido comunicarnos con usted electrónicamente). Para obtener información sobre este Aviso, nuestras prácticas y políticas de privacidad, comuníquese con la persona que se indica a continuación

### CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

#### Tratamiento:

Podemos usar y divulgar su información médica a las personas involucradas en su tratamiento. Por ejemplo, su atención puede requerir la participación de un especialista. Cuando lo remitamos a ese médico, le enviaremos parte o toda su información médica a ese médico para facilitar la prestación de la atención.

#### Pago:

Podemos usar y divulgar su información médica para facturar y cobrar el pago de los servicios que le brindamos. Por ejemplo, podemos completar un formulario de reclamo para obtener el pago de Medicare o Medicaid. Ese formulario contendrá información médica, como una descripción del servicio médico que se le brindó, su aseguradora debe aprobar el pago a nosotros.

#### Operaciones de atención médica:

Se nos permite usar o divulgar su información médica para operaciones de atención médica, que respaldan esta práctica y garantizan que se brinde atención de calidad.

Por ejemplo: Su información médica puede ser:

1. Revisado para evaluar el trato y los servicios realizados por nuestro personal en el cuidado de usted.
2. Divulgado a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de atención médica y otros agentes de la instalación con fines de revisión y aprendizaje.

Según lo exija la ley, su información médica se divulgará cuando así lo exijan las autoridades, leyes, normas y/o reglamentos federales, estatales o locales.

Hay situaciones en las que se nos permite divulgar o usar su información médica sin su autorización por escrito o sin la oportunidad de objetar. En otras situaciones, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información de salud identificable sobre usted. Si decide firmar una autorización para divulgar información, puede revocar posteriormente esa autorización, por escrito, para detener futuros usos y divulgaciones. Sin embargo, cualquier revocación no se aplicará a las divulgaciones o usos ya realizados o tomados en base a dicha autorización.

#### Procedimientos legales y aplicación de la ley:

Podemos divulgar su información médica durante procedimientos judiciales o administrativos en respuesta a una orden judicial (o a un responsable de la toma de decisiones administrativas) u otro proceso legal apropiado. Se deben cumplir ciertos requisitos antes de que se divulgue la información.

- >La información se divulga de conformidad con un proceso legal, como una orden judicial, una citación y un proceso legal similar;
- > Información solicitada para obtener información sobre una víctima real o presunta de un delito;
- > La información se refiere a una persona que ha fallecido en circunstancias que pueden estar relacionadas con una conducta delictiva;
- >La información se divulga debido a un delito que ha ocurrido en estas instalaciones; o
- >Se divulga información para localizar a un fugitivo, una persona desaparecida o un sospechoso

También podemos divulgar información si creemos que la divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza inminente para la salud o la seguridad de una persona.

### **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia, Protección del Presidente**

Podemos divulgar su información médica para funciones gubernamentales especializadas, como la separación o la baja del servicio militar, solicitudes según sea necesario por parte de los oficiales de comando militar apropiados (si usted está en el ejército), actividades autorizadas de seguridad nacional e inteligencia, así como actividades autorizadas para la prestación de servicios de protección para el Presidente de los Estados Unidos. otros funcionarios gubernamentales autorizados, o jefes de estado extranjeros.

### **Para alertar de una amenaza grave para la salud o la seguridad:**

Su información médica puede ser utilizada y divulgada cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad y a la del público o de otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, solo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

### **Actividades de supervisión de la salud**

Su información médica puede ser divulgada a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

### **DIVULGACIONES QUE SE PUEDEN HACER SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Hay situaciones en las que se nos permite divulgar o usar su información médica sin su autorización por escrito o sin la oportunidad de objetar. En otras situaciones, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información de salud identificable sobre usted. Si decide firmar una autorización para divulgar información, puede revocar posteriormente esa autorización, por escrito, para detener futuros usos y divulgaciones. Sin embargo, cualquier revocación no se aplicará a las divulgaciones o usos ya realizados o tomados en base a dicha autorización.

### **Compensación de Trabajadores:**

Podemos divulgar su información médica según lo exijan las leyes específicas del estado con respecto a los reclamos de compensación para trabajadores.

### **Internos:**

Si usted es un recluso o está bajo la custodia de las fuerzas del orden podemos divulgar su información médica a la institución correccional o oficial de la ley para brindarle atención médica a usted o a la salud y seguridad de otros.

### **Donación de órganos, médicos forenses, médicos forenses y directores de funerarias:**

Su información médica puede ser divulgada a un médico forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar un persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Podemos divulgar información médica sobre los pacientes a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

### **Riesgo para la salud pública, abuso y supervisión de la salud:**

Su información médica puede ser utilizada y divulgada para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen las siguientes:

- >Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- > Para denunciar el abuso o negligencia de niños, ancianos o personas discapacitadas según lo exige la ley de Texas.

> Notificar a una persona que pueda estar expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

> Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia.

## **DERECHOS INDIVIDUALES EN VIRTUD DE LAS REGULACIONES DE PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO DE 1996 (HIPAA)**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos creó regulaciones destinadas a proteger la privacidad del paciente según lo requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Esas regulaciones crean varios privilegios que los pacientes pueden ejercer.

No tomaremos represalias contra un paciente que ejerza sus derechos de HIPAA.

### **Derechos del paciente con respecto a su información médica:**

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones médicas sobre usted.

Todas las solicitudes deben presentarse por escrito. La HIPAA nos permite cobrar una tarifa razonable basada en el costo por todas las copias en papel.

Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en algunas circunstancias limitadas:

Resultados de laboratorio e información que se está cumpliendo para acciones legales bajo el privilegio abogado-cliente.

Si la divulgación de los registros pone en peligro la vida o la seguridad del paciente o de otra persona.

Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revierta la denegación. Este centro elegirá a otro profesional de la salud con licencia, que no sea la persona que rechazó la solicitud, para revisar su solicitud y la denegación.

Esta instalación cumplirá con el resultado de la revisión.

### **Restricciones solicitadas:**

Puede solicitar que restrinjamos o limitemos la forma en que se usa o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No tenemos que estar de acuerdo con esa restricción, pero si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, excepto en circunstancias de emergencia.

Para solicitar una restricción, envíe lo siguiente por escrito: (a) La información que se restringirá, (b) qué tipo de restricción está solicitando (por ejemplo, sobre el uso de información, divulgación de información o ambos) y (c) a quién se aplicará el límite. Envíe la solicitud a la dirección y a la persona que figuran al final de este aviso.

También puede solicitar que limitemos la divulgación a miembros de la familia, otros parientes o amigos personales cercanos que puedan o no estar involucrados en su atención.

Usted tiene derecho a solicitar que un artículo o servicio de atención médica no se divulgue a su plan de atención médica para fines de pago, o operaciones de atención médica. Estamos obligados a cumplir con su solicitud si el servicio o servicio de atención médica se paga de su bolsillo y en su totalidad. Esta restricción no se aplica al uso o divulgación de su información de salud relacionada con su tratamiento médico.

### **Derecho de enmienda:**

Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información.

Usted tiene derecho a solicitar una enmienda a la información mantenida por este centro. Excepto cuando las leyes estatales individuales son más estrictas. Este centro tiene un mínimo de 60 días (aproximadamente 2 meses) para actuar sobre su solicitud. Cualquier solicitud de este tipo debe hacerse por escrito a la persona que figura al final de este documento. Su solicitud debe ser por escrito, debe proporcionar una razón para respaldar la solicitud. Podemos negarnos a permitir una enmienda por las siguientes razones:

Ø Su solicitud no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud.

Ø la información médica es precisa y completa.

Ø la información no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar.

Ø > La información no fue creada por esta práctica ni por los médicos de esta práctica.

Incluso si nos negamos a permitir una modificación, se le permite incluir una declaración del paciente sobre la información en cuestión en su historia clínica. Si se permite o rechaza la enmienda, se le informará por escrito.

### **Recepción de comunicaciones confidenciales por medios alternativos:**

## Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y otros beneficios

Es posible que nos comuniquemos con usted por teléfono, correo postal o correo electrónico para brindarle recordatorios de citas, información sobre alternativas u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Puede solicitar que le enviemos comunicaciones de información médica protegida por medios alternativos o a una ubicación alternativa.

Esta solicitud debe hacerse por escrito a la persona que figura al final de este aviso. Estamos obligados a atender solo una solicitud razonable. Especifique en su correspondencia exactamente cómo desea que nos comuniquemos con usted y, si nos indica que enviemos a un lugar en particular, proporciónenos la información de contacto / dirección.

NCACA proporciona materiales escritos/impresos en inglés/español. Ofrece nos intérpretes internos para Dominio Limitado del Inglés (LEP).

## **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO DE SALUD/PROMESA DE PAGO:**

Por la presente asigno y autorizo el pago directo a la ASOCIACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL CONDADO DE NAVARRO todos los beneficios del seguro o

el producto de todas las reclamaciones presentadas en mi nombre. Si soy elegible para Medicare, solicito la asignación de pagos de Medicare para pagar a la NCACA

directamente por mis servicios. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por mi compañía de seguros.

## **HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (EHR) y CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD:**

Un registro de salud electrónico (EHR, por sus siglas en inglés) o a veces llamado registro médico electrónico, permite a los proveedores de atención médica registrar la información del paciente electrónicamente. Entiendo que los registros médicos electrónicos contienen información sobre mi salud de mis proveedores de atención médica pasados, actuales y futuros. Acepto que esta información de salud puede ser divulgada a través de la historia clínica electrónica del médico/clínica de salud o por otros medios (por ejemplo, fax, teléfono, correo electrónico o entrega en mano): a proveedores de atención médica pasados o actuales que me brindan atención; a la compañía de seguros de salud nombrada en mi historia clínica; y a cualquier otra persona nombrada en mi expediente médico que pague por mi tratamiento. Entiendo que estas personas tendrán acceso a toda mi información de salud en el registro médico, incluyendo; información sobre salud conductual y trastornos por consumo de sustancias, mi historial médico, diagnóstico, registros hospitalarios, información sobre consultas clínicas y médicas, medicamentos, tratamientos, alergias, pruebas de laboratorio que dan como resultado enfermedades reproductivas y de transmisión sexual. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, excepto si mi información de salud ya ha sido divulgada a alguien. Entiendo que puedo solicitar una lista de organizaciones de atención médica que han recibido mi información de salud. Este consentimiento expirará un año después de mi muerte.

## **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA (PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA):**

Se me ha informado y entiendo que los consultorios médicos y el consultor o pueden usar un sistema de recetas electrónicas que permite que las recetas y la información relacionada se envíen electrónicamente entre mi proveedor y mi farmacia. He sido informado y entiendo a mis proveedores Al usar el sistema de recetas electrónicas podrá ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluidos los recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a mi proveedor para ver esta información médica protegida, recetada por otros proveedores.

## **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS VIRTUALES DE SALUD/TELEMEDICINA:**

Entiendo que los "servicios de salud virtual" o "telemedicina" incluyen la práctica de la prestación de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, las transferencias de datos médicos y la educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos cuando el proveedor de atención médica y el paciente no se encuentran en la misma ubicación física. Los sistemas electrónicos interactivos utilizados para estos servicios incorporarán protocolos de seguridad de redes y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imágenes de los pacientes e incluirán medidas para salvaguardar los datos a fin de garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Yo o mi representante autorizado, por la presente doy mi consentimiento a la práctica médica / médicos para participar en "servicios de salud virtual o telemedicina, cuando estén disponibles, como parte de mi tratamiento.

## **RECONOCIMIENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS:**

La ley federal requiere que los pacientes reciban información sobre sus derechos para tomar decisiones anticipadas sobre la atención médica, incluido el testamento vital, el poder notarial médico duradero o la designación de la decisión sustituta tomada para las decisiones de atención médica. Si ya ha completado alguno de estos documentos, informe a su médico y/o a la clínica.

**Por favor, marque uno:**

**He ejecutado una directiva anticipada y he proporcionado una copia al Médico/Clínica.**

**He ejecutado una directiva anticipada y se me ha solicitado que proporcione una copia al Médico/Clínica.**

**He revisado la(s) directiva(s) registrada(s) con este Médico/Clinica y son/son mi(s) directiva(s) actual(es).**

**No he ejecutado una directiva anticipada; He recibido información sobre las directivas anticipadas de este médico/clínica.**

### **CORREO ELECTRÓNICO:**

Por la presente doy mi consentimiento para proporcionar mi dirección de correo electrónico, para que los representantes del Médico/Clinica puedan enviarme información por correo electrónico sobre educación para la salud o prevención de enfermedades e información actualizada sobre el Médico/Clinica, sus médicos afiliados y/o servicios. Entiendo que podré cambiar mi preferencia en cualquier momento.

### **Teléfonos celulares:**

Por la presente doy mi consentimiento para proporcionar mi(s) número(s) de teléfono, para que los representantes del Médico/Clinica puedan comunicarse conmigo de cualquier manera, incluida, entre otras, realizar una llamada manualmente, usar un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada, enviar mensajes de texto o correos electrónicos, con respecto a cualquier asunto, incluido, entre otros, mi tratamiento médico. Medicamentos recetados, elegibilidad para el seguro, cobertura de seguro, programación, facturación o asuntos de cobro. Este consentimiento incluye cualquier información de contacto actualizada o adicional que pueda probar. Entiendo que podré cambiar mi preferencia en cualquier momento.

### **Consentimiento general para pruebas, tratamientos y servicios:**

Se me ha informado de los procedimientos de tratamiento que se consideran necesarios para mí y que los procedimientos de tratamiento serán dirigidos por un médico

o Practicante Avanzado, de acuerdo con las leyes estatales, el alcance de la práctica y la licencia del personal médico.

### **Aviso de Prácticas de Privacidad:**

Requerido de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), reconozco que he recibido una copia de la NCACA

Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica. Por la presente, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida, incluida la información generada a través de servicios virtuales de salud/telemedicina, como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Incluyendo el tratamiento para la salud mental, el abuso de drogas y alcohol, las enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, las discapacidades del desarrollo y las pruebas genéticas. Y otros tipos de tratamientos recibidos.

### **Grabación de vídeo/grabación**

Entiendo y acepto no fotografiar, grabar en video, grabar en audio, grabar o capturar imágenes y sonidos en ningún dispositivo. También entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que los acompañantes cumplan con este requisito.

### **NO DISCRIMINACIÓN:**

Navarro County Ambulatory Care Association cumple con las leyes estatales y federales contra la discriminación, que incluyen, entre otras:

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, las Enmiendas a la Educación de 1972 y las normas administrativas para las agencias del HHS, según lo establecido en el Código Administrativo de Texas (TAC).

La Asociación de Atención Ambulatoria del Condado de Navarro no discriminará por motivos de raza, color, origen nacional, incluido el dominio limitado del inglés (LEP), sexo, edad, religión, discapacidad u orientación sexual.

**Inspección y copias de la información médica protegida:** Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso.

### **Nuestra promesa para usted:**

No se le penalizará por presentar una queja. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja contra el centro, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad del centro. Todas las quejas deben hacerse por escrito.

Estamos obligados por ley y regulación a proteger la privacidad de su información médica, para proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y cumplir con los términos del aviso de prácticas de privacidad vigentes.

### **Preguntas y persona de contacto para solicitudes:**

Si tiene alguna pregunta o desea realizar una solicitud de conformidad con los derechos descritos anteriormente, póngase en contacto con:

Janquilyn Mérida, FNP, Directora Clínica

618 N Main St.

Corsicana, Texas 75110-3028

**Revisado 08/2023**