



## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

La Red Health Center  
505 W. Market Street  
Georgetown, DE 19947  
Tel (302) 855-1233  
Fax (302) 855-1020

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICA DE USTED PUEDE SER USADA Y  
DIVULGADA Y COMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION  
POR FAVOR LEALO CUIDADOSAMENTE

El Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que toda la información médica y otra información de salud que identifique al individuo usado o divulgado por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónica, en papel, o oral, serán mantenidos apropiadamente confidenciales. Este reglamento le da usted, el paciente, nuevos derechos para entender y controlar como su información es usada.

Como es requisito de HIPAA, hemos preparado esta explicación de como debemos de mantener la información sobre su salud privada y como podríamos usar y divulgar su información.

Podríamos usar y divulgar su expediente médico solo para las siguientes razones: tratamiento, obtener pago y para hacer operaciones de asistencia médica.

- ✓ **Tratamiento** significa proveer, coordinar, manejando su cuidado de salud y servicios relacionados por uno o más proveedores de salud. Un ejemplo de esto sería un examen físico.
- ✓ **Pago** significa las actividades como obtener reembolso por los servicios, confirmando que tiene seguro médico, actividades de cobrar y coleccionar y reviso de utilización. Un ejemplo de esto sería llamar a la compañía de su seguro médico para confirmar que está vigente, o enviar un cobro por su visita a la compañía de su seguro para obtener pago.
- ✓ **Operaciones de Asistencia Médica** incluyen los aspectos del corriendo un negocio, tal como medir la calidad del cuidado que le proveamos. Intervención y ajuste de cuentas, y análisis de costos. Un ejemplo de esto es un reviso interno de la calidad de nuestros servicios.

También podríamos crear y distribuir información de salud que no tengan identificación de la persona porque hemos quitado toda la información que lo pueda identificar.

Es posible que nos comuniquemos para recordarle de sus citas o para darle información sobre alternativas para tratamientos u otros beneficios relacionados con su salud y servicios que podrían ser de interés para usted.

Cualquier otro uso y divulgación serán solamente con su autorización escrita. Usted puede revocar su autorización por escrito y nosotros estamos obligados a honrar y cumplir con su petición escrita, con excepción de que ya hemos tomado acciones ateniéndonos en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información protegida, que usted puede ejercer presentando una petición escrita al Oficial de Privacidad:

- ✓ El derecho de pedir restricciones con ciertos usos y divulgaciones de su información protegida, incluyendo esos relacionados a divulgaciones a familiares, amigos, o cualquier otra persona identificada por usted. Aunque, nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con la restricción. Si estamos de acuerdo con la restricción, tenemos que cumplir con la restricción, al menos que usted decida por escrito de quitar la restricción.
- ✓ El derecho de pedir y recibir información protegida por medios alternativos o en lugares alternativos.
- ✓ El derecho de revisar y copiar su información protegida.
- ✓ El derecho de modificar su información protegida.
- ✓ El derecho de recibir información sobre las divulgaciones de su información protegida.
- ✓ El derecho de obtener una copia de este aviso cuando lo solicite.

Estamos requeridos por ley de mantener en confidencia su información de salud protegida y de proveerle una modificación de nuestras obligaciones y practicas de privacidad con respecto a su información protegida.

Tiene el derecho de quejarse si siente que su privacidad protegida ha sido violada. Usted tiene el derecho de presentar una queja escrita con esta oficina, o con el Departamento de Salud & Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Nosotros no vamos a desquitarnos con usted por presentar la queja.

Para más información sobre HIPAA o para presentar una queja: The U. S. Dept. Of Health & Human Services  
Office of Civil Rights  
200 Independence Avenue, S. W.  
Washington, D. C. 20201  
Toll Free: 1-877-G9G-6775

## RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

### NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

Yo comprendo que, bajo del Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos relacionados a privacidad de mi información de salud protegida. He recibido, leído, y comprendo su *Aviso de Practicas de Privacidad*. Yo comprendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su *Aviso de Practicas de Privacidad* de vez en cuando y que yo puedo ponerme en contacto con esta organización localizada en la página de enfrente de esta forma para obtener una copia actual de *Aviso de Practica de Privacidad*.

Yo comprendo que puedo solicitar por escrito que usted limite como mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de salud. Yo también comprendo que usted no está requerido a estar de acuerdo con mi petición de restricción pero si estamos de acuerdo entonces están obligados a cumplir con las restricciones.

Este aviso es efectivo desde \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ y estamos obligados a cumplir con los termines del *Aviso de Practicas de Privacidad* en efectivo actualmente. Reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro *Aviso de Practicas de Privacidad* y hacer las nuevas provisiones efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Nosotros anunciaremos y usted puede pedir una copia escrita de la *revisión del Aviso de Practicas de Privacidad* de esta oficina.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY

(Uso para la oficina solamente)

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement but was unable to do so as documented below:

Date:	Initials	Reason: