



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA HIPAA**

Este aviso describe cómo su información médica protegida puede ser utilizada, divulgada y recuperada.

**Por favor revisalo cuidadosamente.** Este aviso es a partir del 28 de enero de, 2018.

Como paciente, usted tiene el derecho a ser notificado de los usos de su información médica protegida. Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), la Optometría Familiar de Ossining puede usar su información de salud protegida por los siguientes motivos:

1. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para fines de tratamiento, como crear una cita, enviar recetas por fax o remitir a usted a un médico u otro proveedor de atención médica.
2. Podemos usar y divulgar su información médica para fines de pago, tales como preguntar sobre sus planes de salud o de la proyección, la preparación y el envío de facturas o reclamaciones, y cobro de las cantidades pendientes de pago a nosotros mismos o a través de una agencia de cobros o abogados.
3. Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en relación con nuestras operaciones de atención médica, como para recordarle sobre alguna cita programada a través del teléfono, correo o correo electrónico, control de calidad interno, la participación en los planes de atención médica administrada, la realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades credenciales

La ley también nos permite o requiere que usemos o divulguemos su información de salud sin una autorización específica por otros motivos. No todas las situaciones se aplicarán a nosotros; algunas pueden no aplicar a nuestra oficina en absoluto. Tales usos o divulgaciones son:

1. Cuando una ley estatal o federal exige que cierta información de salud sea reportada para un propósito específico;
2. Para fines de salud pública, como informes de enfermedades contagiosas, investigación o vigilancia; y avisos hacia y desde la Administración Federal de Alimentos y Fármacos (FDA, en inglés) con respecto a medicamentos o dispositivos médicos;
3. A las autoridades gubernamentales sobre las víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica;
4. Para actividades de supervisión de la salud, como la licencia de médicos; para las auditorías de Medicare o Medicaid; o para la investigación de posibles violaciones de las leyes de atención médica;
5. Para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes de tribunales o agencias administrativas;
6. Para propósitos de aplicación de la ley, como para proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un crimen; para proporcionar información sobre un crimen en nuestra oficina; o para reportar un crimen que sucedió en otro lugar;
7. A un médico forense para identificar a una persona muerta o para determinar la causa de la muerte; o a directores de funerarias para ayudar en el entierro; o para las organizaciones que se encargan de las donaciones de órganos o tejidos;
8. Para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad;
9. Para funciones gubernamentales especializadas, como para la protección del presidente o altos funcionarios del gobierno; para actividades legales de inteligencia nacional; para fines militares; o para la evaluación y la salud de un miembro del servicio extranjero;
10. Para propósitos de programas de compensación de trabajadores;
11. Divulgaciones incidentales que son un subproducto inevitable de usos o divulgaciones permitidas;
12. Divulgaciones a "socios comerciales" que realizan operaciones de atención médica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información de salud

Utilizamos rutinariamente su información de salud dentro de nuestra oficina para esos fines y con otros proveedores de atención médica, aseguradores y entidades administrativas cuando sea necesario para proporcionar tratamiento adecuado, pago seguro, aseguradoras y funciones administrativas. Solicitamos su consentimiento para la divulgación de su información de salud a los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica firmando el "Reconocimiento de recepción y consentimiento general" en la página siguiente y devolviéndonoslo. Los usos y divulgaciones que no se incluyen en las instancias anteriores requerirán su autorización por escrito. Al firmar, puede revocar su autorización por escrito a través de nuestra práctica en cualquier momento.

La ley le otorga muchos derechos con respecto a su información de salud. Usted puede:

1. Pedirnos que limitemos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto el tratamiento de emergencia), pago u operaciones de atención médica. La solicitud de restricción puede ser denegada si la información es requerida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la oficina.
2. Pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera confidencial, como por teléfono al trabajo en su casa, enviándole información de salud a una dirección diferente, o a través del uso de correo electrónico a su dirección de correo electrónico personal. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la oficina.
3. Inspeccionar y copiar su información de salud protegida, modificar su información de salud protegida mediante petición escrita, recibirá una cuenta de divulgaciones de su información protegida y obtener una copia impresa de este aviso de prácticas de privacidad.

Ossining Family Optometry, está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso tal como se establece actualmente, y nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Para obtener más información sobre nuestras políticas de privacidad, comuníquese con nosotros al (914) 923-0300.

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO**

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y acepto todos los términos del Aviso de prácticas de privacidad presentado por Ossining Family Optometry como se indica en el documento anterior.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_