AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y ENTREGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD, ASÍ COMO LA MANERA EN QUE SE PUEDE TENER ACCESO A ELLA.

REVÍSELO CON ATENCIÓN. LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER: Las leyes federales y estatales vigentes nos obligan a mantener la privacidad de la información sobre su salud. También estamos obligados a entregarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos relacionados con la información sobre su salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso durante el tiempo que esté vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que dichos permisos estén permitidos por las leyes vigentes. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras prácticas de privacidad y en los términos nuevos de nuestro aviso en vigor en relación con toda la información sobre la salud que conservamos, lo que incluye información sobre la salud que hayamos generado o recibido antes de implementar los cambios. Antes de hacer cambios importantes en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y pondremos a su disposición el aviso nuevo, si así lo solicita.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si desea obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros usando la información de contacto de la compañía que se encuentra más adelante.

USOS Y ENTREGAS DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD: Sin una autorización específica por escrito, tenemos permitido usar y entregar sus registros de atención médica para fines de TRATAMIENTO, PAGO, OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA y por OTROS MOTIVOS EXIGIDOS POR LA LEY.

TRATAMIENTO: Para brindar, coordinar o gestionar atención médica y servicios relacionados por parte de uno o más proveedores de atención médica/médicos.

PAGO: Para actividades como obtención de pago por servicios, confirmación de cobertura, facturación o actividades de cobranza y revisión de uso. Un ejemplo de esto sería facturar los servicios prestados a su compañía de seguro o a Medicare.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Para actividades de administración de nuestra clínica, lo que incluye realizar actividades de evaluación de la calidad y de mejora, manejo de acreditaciones y licencias, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo de esto sería darle capacitación a empleados nuevos.

SALUD PÚBLICA, ABUSO o NEGLIGENCIA, VIGILANCIA DE LA SALUD y OTROS MOTIVOS EXIGIDOS POR LA LEY: Usaremos y entregaremos su PHI cuando las leyes federales, estatales o locales así nos lo exijan. Podemos entregar su PHI a autoridades de salud pública autorizadas por ley para obtener información o a alguna agencia de vigilancia de la salud para llevar a cabo actividades que incluyen, entre otras: responder a una orden judicial o administrativa, si usted está involucrado en alguna demanda o procedimiento similar y responder a un pedido de presentación de pruebas, citación judicial o a otro proceso legal de otra parte involucrada en la disputa, pero únicamente si hicimos un esfuerzo por informarle sobre dicho pedido, o bien para obtener una orden para proteger la información que la otra parte haya solicitado. Podemos entregar su PHI a un médico o perito forense para identificar a una persona fallecida o para identificar la causa de muerte, o bien si usted es donante de órganos. Podemos entregar su PHI a organizaciones de recuperación de órganos. Podemos usar y entregar la PHI cuando sea necesario para evitar o reducir una amenaza grave para su salud y seguridad, la de otra persona o la del público. En estas circunstancias, únicamente haremos entregas a una persona u organización que pueda ayudar a evitar la amenaza. Podemos entregar la PHI para comunicar casos de víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica a una autoridad gubernamental autorizada por la ley para recibir dicha información. Podemos entregar su PHI a determinadas agencias gubernamentales que tengan funciones gubernamentales especiales, según lo limiten las leyes vigentes. Podemos entregar su PHI a instituciones penitenciarias o a agentes del orden si usted es un recluso en una prisión o si está bajo la custodia de algún agente del orden, pero únicamente si esto es necesario (1) para que la institución le proporcione atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otras personas o (3) para la seguridad y la protección de la institución penitenciaria. Podemos entregar su PHI para programas de compensación del trabajador y otros similares.

Podemos entregar su PHI a socios comerciales que realicen trabajos en nuestro nombre. Se les exige a todos los socios comerciales que protejan su PHI de conformidad con las leyes vigentes.

Además, la información confidencial sobre usted se puede usar para hacerle recordatorios de citas (por medios electrónicos, por correo postal, cartas, mensajes de voz o postales) o para brindarle información sobre las opciones de tratamiento o sobre otros servicios relacionados con la salud, lo que incluye entregarle información a amigos o familiares que estén directamente relacionados con la atención que usted recibe o que brinden ayuda para su atención.

DERECHOS DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN: Se necesita su autorización para cualquier uso o entrega de su PHI que no se mencione arriba. Puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a respetar y acatar dicha solicitud escrita, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas con base en su autorización.

ACCESO: Con excepciones limitadas, usted tiene derecho a acceder y a obtener copias de la información sobre su salud. Debe hacer una solicitud por escrito a la persona encargada de cumplimiento con el fin de obtener acceso a la información sobre su salud. Le cobraremos una tarifa razonable y basada en los costos para gastos como copias, almacenamiento en medios electrónicos y tiempo del personal.

RESTRICCIONES: Los siguientes usos y entregas se harán únicamente con su autorización: (i) la mayoría de los usos y entregas de notas de psicoterapia, (ii) usos y entregas de PHI con fines de recaudación de fondos o de comercialización, lo que incluye comunicaciones subvencionadas de tratamiento, (iii) entregas que constituyan la venta de su PHI y (iv) otros usos y entregas que no se describan en este NPP.

RESTRICCIONES ADICIONALES: Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales en relación con el uso o la entrega de la información sobre su salud. Esto se debe hacer por escrito y debe incluir lo siguiente: (i) la información que se restringirá, (ii) el tipo de restricción que se solicita (es decir, el uso o la entrega de la información o ambos) y (iii) a quién se deben aplicar los límites. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales.

RESTRICCIÓN DE ENTREGA A SU COMPAÑÍA DE SEGURO: Debemos cumplir con su solicitud de restricción si usted pagó en su totalidad los servicios de su propio bolsillo y solicita que no le entreguemos a su plan de salud su PHI relacionada únicamente con dichos servicios. Esta solicitud se debe hacer por escrito en la fecha del servicio para permitir que nuestra oficina le entregue la información sobre los gastos de su propio bolsillo, cobrar los costos necesarios para los servicios, obtener una firma de esta solicitud y evitar que se presente ante su seguro.

REGISTRO DE ENTREGA DE INFORMACIÓN: Tiene derecho a recibir una lista en la que se enumeren las ocasiones que, en los últimos seis años, hayamos entregado la información sobre su salud con fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros motivos exigidos por la ley descritos en este documento. Si solicita este registro de entregas más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable y basada en los costos por responder a estas solicitudes adicionales.

COMUNICACIÓN ALTERNATIVA: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con la información sobre su salud por medios o en lugares alternativos. Su solicitud debe hacerse por escrito y especificar los medios o lugares alternativos, además de explicar satisfactoriamente la manera en que se manejarán los pagos en los medios o lugares alternativos que solicite.

MODIFICACIONES: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos la información sobre su salud. (Su solicitud se debe hacer por escrito y se debe explicar el motivo por el que la información debe modificarse). Es posible que rechacemos su solicitud en determinadas circunstancias.

COPIA DEL AVISO: Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso si la solicita.

VIOLACIÓN: Estamos obligados a comunicarle si hubiere alguna violación de su PHI y/o algún uso no autorizado.

PREGUNTAS Y QUEJAS: Si quiere obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con nosotros. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o si está en desacuerdo con alguna decisión que hayamos tomado en relación con el acceso a la información sobre su salud, comuníquese con la persona que se menciona más adelante. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. No tomaremos represalias de ningún tipo si elige presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU.

CONTACTOS:

Contacto de la compañía:	**Contacto gubernamental:**
Persona encargada de temas de privacidad 600 Jefferson St, Ste 600 Lafayette, LA 70501 TELÉFONO: (337) 223-3368 FAX: (337) 465-4604	Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. Sec. de Salud y Servicios Sociales 200 Independence Ave., S.W. Washington, D.C. 20201 Número de teléfono gratuito: 877-696-6775

Fecha de entrada en vigor: 27 de septiembre de 2023