

## **NUESTRO COMPROMISO CON LA PRIVACIDAD**

Gracias por darnos la oportunidad de brindarles servicios. Nuestra oficina esta comprometida con la educación de sus pacientes en referencia al cuidado de la salud y cómo les afecta. Como resultado, le estamos proveyendo la información general sobre la Regla de Practicas de Privacidad, una regulación federal de la ley (HIPAA) de 1996 que rige la Movilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud, así como un resumen sobre nuestra práctica de privacidad. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras de cómo podríamos divulgar su información médica personal protegida o información médica individual identificable.

## **USOS Y DIVULGACIONES**

- Tratamiento (farmacia, subespecialistas, optómetras, educadores de la salud, plan de Seguro)
- Recordatorios de cita
- Pagos
- Comunicaciones entre paciente y médico (por ejemplo: para pedir análisis de laboratorios y/o resultados)
- Divulgación requerida por la ley
- Divulgación autorizada de información a adultos/entidades

## **USOS Y DIVULGACIONES EN SITUACIONES ESPECIALES**

- Riesgo a la Salud Pública
- Autoridades de gobierno
- Estudios investigativos
- Supervisión del Cuidado de la salud
- Defunciones
- Amenaza seria a la salud o la seguridad
- Compensación por derecho de desempleo

## **USOS Y DIVULGACIONES EN SITUACIONES ESPECIALES**

- Promoción y/o Mercadeo
- Autorización previa por reclamos de servicios no cubiertos
- Comunicación por teléfono, mensaje de texto y correo electrónico

### **USTED TIENE DERECHO A:**

- Comunicaciones confidenciales
- Acceso electrónico a información médica protegida
- Restringir divulgación a planes de salud sobre el tratamiento sobre pagos completamente de su bolsillo
- Copias de tu información médica
- Solicitar modificaciones y autorizaciones para pacientes y otros requerimientos para facilitar investigación médica
- Solicitar divulgación de historial de vacunación para escuelas
- Emitir una queja
- No participar en comunicaciones entre paciente/médico para recordatorios de citas médicas
- No participar en el proceso de archivar información sobre pagos y autorización previa sobre gastos no cubiertos
- Notificación de violación de seguridad de datos sobre su información médica personal protegida en formato de papel o electrónico

### **ACCIONES QUE USTED PUEDE TOMAR**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o nuestra política de privacidad; si usted piensa que podríamos haber violado sus derechos de privacidad; o está en desacuerdo con la decisión que emitimos acerca del acceso a su información médica protegida, puede contactarnos a la siguiente dirección o número de teléfono.

**Sara Clopper, LPN** - Office Manager

Torneria Pediatrics LLC  
3000 Park Pond Way,  
Kissimmee, FL, 34741  
407-483-8880



## AVISO DE NUESTA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Nuestra Práctica de Privacidad provee información acerca como podremos utilizar su información sobre la salud protegida ("PHI" por sus siglas en inglés). Usted tiene el derecho de revisar y leer nuestra Práctica de Privacidad antes de firmar esta forma. Si en algún momento nuestra Práctica cambia, usted podrá obtener una copia revisada ya sea comunicándose con nuestra oficina o visitando nuestra página de internet [www.torneriapediatrics@gmail.com](mailto:www.torneriapediatrics@gmail.com).

Usted tiene el derecho de requerir de restringir cómo la oficina en Torneria Pediatrics usa y utiliza su información de salud protegida. Nuestra oficina no requiere modificar nuestra practica de privacidad, pero en caso de que la hagamos, el aviso de privacidad sera rigido por un nuevo contrato.

Al firmar este documento, usted está dando consentimiento de utilizar su información de salud protegida en relación al tratamiento, pago y operaciones de salud como lo describe el aviso. He leído y estoy de acuerdo con el Aviso de Nuestra Práctica de Privacidad en Torneria Pediatrics LLC.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE O MADRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_