

TFC- Terapia Física Con Calidad Aviso Prácticas de Privacidad

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades

Este aviso describe cómo la información médica relacionada a usted, que esté en nuestro poder, puede ser usada, divulgada y cómo tener acceso a ella. Por favor revísela cuidadosamente.

Sus derechos:

Usted tiene el derecho a:

(1) Obtener una copia de su archivo médico en papel o en medio electrónico, **(2)** corregir o enmendar su archivo médico impreso o electrónico, **(3)** requerir que sus comunicaciones sean confidenciales, **(4)** pedirnos que limitemos la información que compartimos. **(5)** Obtener una copia de aquéllos con quien hemos compartido su información. **(6)** Obtener una copia de esta nota de privacidad. **(7)** Someter una querrela si piensa que sus derechos han sido violados.

Sus opciones:

Usted puede hacer ciertas elecciones sobre cómo nosotros compartimos su información como cuando nosotros:

Decimos a sus familiares y amistades información sobre su condición; La divulgamos para proveer ayuda en caso de desastre; Le incluimos en un directorio de hospital; Para proveerle cuidado de salud mental; Cuándo y cómo mercadeamos nuestros servicios; Si vendemos su información; O recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

Nosotros podríamos compartir su información en los siguientes escenarios:

(1) Para tratarle medicamente; **(2)** correr nuestra operación de proveedores de servicios de salud; **(3)** facturar por servicios ofrecidos a usted; **(4)** cooperar con asuntos de salud pública y situaciones de seguridad o peligro; **(5)** hacer investigaciones o estudios, **(6)** cumplir con cualquier ley que nos lo requiera; **(7)** responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos; **(8)** para colaborar con examinadores médicos o directores de funerarias; **(9)** para responder a asuntos relacionados con compensaciones de empleo; **(10)** con agencias del orden público y otras peticiones gubernamentales; **(11)** para responder a demandas y/o acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica usted posee ciertos derechos:

(1) Usted puede solicitar ver u obtener una copia en papel o electrónica de su archivo o cualquier otra información médica que tengamos sobre usted; **(2)** podemos proveerle una copia o resumen de su información médica, usualmente dentro de 30 días de su solicitud, por lo cual podríamos cobrar un cargo razonable basado en nuestros costos; **(3)** pedirnos que se corrijan aspectos de su archivo médico que considere incorrectos, podemos declinar su petición pero debemos responderle porqué en un periodo no mayor a 60 días posteriores a la denegación; **(4)** puede solicitarnos que le llamemos o escribamos a una dirección alterna, y debemos aceptar cualquier petición razonable en ese aspecto; **(5)** usted puede solicitarnos que no utilicemos cierta información para su tratamiento, pago o para nuestras operaciones. Pero no estamos obligados a aceptar si pensamos que puede afectar su cuidado médico; **(6)** si usted paga una consulta o procedimiento totalmente de su bolsillo puede solicitarnos el no compartir esta información con su seguro médico. Debemos estar de acuerdo a menos

que haya una ley que nos requiera compartir el tipo de información en cuestión; **(7)** puede solicitar una lista de con quiénes o cuantas veces hemos compartido su información de salud por los últimos 6 años y el porqué.

Debemos responder pero no tenemos que incluir las veces que lo compartimos para efectos de su tratamiento, pagos y operaciones de su plan de salud y algunos otros como en las ocasiones que usted haya solicitado que la comuniquemos. Se proveerá una lista de este tipo por año sin cargos para usted pero se cargará un pago de acuerdo a nuestros costos por una segunda petición hecha antes de doce meses posteriores a la última solicitada; **(8)** usted tiene derecho a obtener una copia de este aviso de privacidad en papel aún cuando haya accedido a recibirla electrónicamente; **(9)** usted puede escoger que otro individuo actúe por usted, si alguien es su guardián legal, si ha otorgado una carta poder por medio de un abogado, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones de salud por usted. Nos aseguraremos que esta persona tiene esta autoridad antes de tomar ninguna acción; **(10)** también tiene el derecho a realizar una querrela si usted piensa que sus derechos han sido violados, contactándonos a la dirección que aparece en este documento, o puede hacerlo con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, enviando una carta al: **200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201**, llamando al **877-696-6775**, o visitando la dirección web: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints; nosotros no tomaremos acciones contra usted por llenar una querrela.

Sus Opciones

Para cierta información de salud, usted puede notificarnos sus preferencias en cuanto a qué información compartimos. Si tiene una idea clara de cómo desea su información se comparta en los siguientes escenarios hable con nosotros y le indicaremos que hacer.

(1) Puede decirnos si desea compartir su información con su familia, amigos cercanos u otros envueltos en su cuidado; **(2)** compartir su información en una situación de desastre, **(3)** incluir su información en un directorio de hospital. **(4)** En el caso de que usted no esté en condición de decirnos sus preferencias porque por ejemplo se encuentre inconsciente, procederemos a compartir la información que pensemos actúe en su mejor interés. **(5)** También podríamos compartir su información en una situación en que sea necesario para evitar una amenaza inminente a su salud o seguridad.

En los siguientes casos nunca compartiremos su información de salud a menos que nos indique lo contrario por escrito:

(1) Para propósitos de mercadeo, (2) venta de su información, (3) compartir la mayoría de su notas de psicoterapia. (4) En el caso de la recaudación de fondos podemos contactarle pero usted tiene derecho a solicitarnos que no le contactemos de nuevo.

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo típicamente utilizamos y compartimos su información?

Al tratarle medicamento:

(1) Podemos usar su información para los propósitos de los trabajos en esta práctica, y **(2)** para contactarle cuando fuera necesario. **(3)** Podemos compartirla con otros profesionales que le estén tratando a usted, y **(4)** la utilizamos para facturar por los servicios que le prestamos.

¿Con quién más podemos usar o compartimos su información?

(1) Se nos permite y requiere que compartamos su información de otras maneras, usualmente de forma que contribuye al bien público, como la salubridad pública y las investigaciones. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en ley antes de que podamos compartir su información con esos propósitos. Para información acerca de ello consultar: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/index.html.

(2) Apoyo a asuntos relacionados a la salud y seguridad

Podemos compartir su información en situaciones como las siguientes:

(A) Prevenir enfermedades, (B) ayuda en la recolección de productos que están siendo solicitados de vuelta por sus manufactureros o distribuidores, reportar reacciones adversas a medicamentos, reportar la sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica. (C) Reducir o prevenir una seria amenaza a la salud o la seguridad. (D) También para propósito de estudios e investigaciones. (E) Podemos compartir su información para investigación en salud, (F) cumplir con leyes que nos lo requieran para evaluar nuestro desempeño, (G) también cuando un individuo muere podemos compartir información con forenses, examinadores médicos y administradores de servicios fúnebres, (H) como parte de solicitud de compensación relacionada al empleo, (I) para efectos del cumplimiento de la ley o con oficiales del orden público, (J) responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, (K) con agencias que fiscalizan la función de salud con permiso del gobierno, (L) para operaciones gubernamentales como las de tipo militar, seguridad nacional y los servicios de protección presidencial. (M) Puede ser compartida para efectos de contestar una acción legal o demanda, bajo la orden de un tribunal, orden administrativa con autoridad suficiente o como respuesta a un emplazamiento.

Nuestra responsabilidad:

(1) Se nos requiere por ley mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud. **(2)** Le comunicaremos con prontitud si ocurre una brecha de seguridad que comprometa la privacidad de su información. **(3)** Tenemos que seguir los requisitos y prácticas de seguridad indicadas en este aviso y ofrecerle una copia de ellas. **(4)** No utilizaremos o compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita a menos que usted nos indique lo contrario por escrito. Si no permite lo anterior usted puede cambiar su decisión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si desea cambiar su decisión.

Para mayor información puede consultar en la siguiente dirección electrónica:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

O SOLICITAR COMUNICARSE PERSONALMENTE CON EL OFICIAL DE PRIVACIDAD DE TFC-TERAPIA FISICA CON CALIDAD- ZENaida IVETTE QUINONES VELEZ AL TELEFONO (787) 834-3536

Cambios a los términos de este aviso:

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios aplicarán a toda la información que poseemos. El nuevo aviso estará disponible a petición en nuestra oficina o a través de nuestra página web (si aplica).



P.O. BOX 65 MAYAGUEZ, PR 00681-TEL: (787) 834-3536 WEB:tfctherapie.com

Acuse de Recibo Practicas de Privacidad de TFC-Terapia Física con Calidad

He recibido, leído y entendido este documento de Prácticas de Privacidad de TFC- Terapia Física con Calidad y para que así conste los firmo en: Mayagüez , PR, Hoy ____ de _____ de 20 ____.

Nombre en letra de molde

Firma