

## Family Practice of Grand Island, PC

2116 W Faidley Ave, Ste 400  
Grand Island, NE 68803  
Teléfono 308-381-0162 Fax 308-389-4445

### NOTICIA SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Versión 17

08/21/18

**Esta noticia describe como la información médica sobre usted puede ser usada, y revelada y como usted puede tener acceso a esta información. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.**

#### A. ENTENDIMIENTO DE PHI

Se llevara un record sobre su visita cada vez que usted recibe servicios médicos de su doctor, otros proveedores de salud u hospital. Este record generalmente contiene información de sus síntomas, examinación, resultados de laboratorio, diagnósticos, tratamiento y un plan para cuidado futuro o tratamiento. Este record médico es llamo información protegida de salud (PHI) y se cumple a lo siguiente:

- Bases para planear su cuidado y tratamiento.
- Una adecuada comunicación entre diferentes profesionales de salud que participan en el cuidado de su salud.
- Un documento legal que describe el cuidado que usted recibió.
- Participación de terceras organizaciones (e.g., seguros, Medicare, Medicaid) puede verificar ese servicio que fue proveído y enviar la cuenta necesaria.
- Eslabón en la educación de profesionales de salud (e.g. estudiantes de medicina).
- Fuente para investigaciones medicas.
- Fuente de información para oficiales públicos de salud responsables de mejorar la salud nacional.
- Fuente para facilitar la comunicación y planificación de datos.
- Eslabón que podemos usar para continuar trabajando para mejorar el cuidado de salud.

El entender lo que esta en su record y como su PHI puede ser usada, le ayudara a asegurarse que esta correcta, para entender mejor quien, que, cuando, donde, y porque otros pueden tener acceso a su información de salud, tomar decisiones mejor informado para autorizar que se revele esta información a otros y entender mejor su derechos como su PHI.

#### B. RECORD DISEÑADO EN SU PHI

##### Negocios de oficina(PPI)

Extracto de su cuenta detallado  
Explicación de los beneficios  
Estado de su cuenta  
Información sobre Banco/Debito/Crédito  
Copias de Medicare/Tarjeta de seguro  
Formas de oficina

##### Record Médicos(PHI)

Información demográfica  
Información sobre los cuidados médicos  
Información sobre registros nacionales  
Información diagnostica  
Autorización de PHI/Ratificación de reclamos  
Información sobre seguros/referencias  
Información sobre la responsabilidad financiera  
Imágenes Escaneadas

##### Parte de la PHI no designada a ser record (No esta sujeta a reclamaciones)

Reclamaciones de seguros  
Citatorios legales  
Información sin identidad  
Record de derechos de la familia a la educación y privacidad-Act (FERPA)  
Unincorporado PHI de otro oficina diciendo que revelacion no es permitido  
PHI verbal, al menos que es documentado u usado en hacer decisiones  
Testamento de poder/vida  
Record de trabajo

#### C. DERECHOS DEL PACIENTE ACERCA DE SU PHI

Conociendo que su PHI es físicamente propiedad de Family Practice, usted tiene los siguientes derechos.

1. **Derecho a inspeccionar y copiar su PHI** incluida en el record designado a usted. Después de recibir por escrito su solicitud, nosotros le responderemos dentro de un periodo de 10 días (21 días si una extension es necesario) para una inspección de su PHI y dentro de 30 días para una copia de su PHI. Si usted solicita más de una copia de su PHI, tal vez nosotros le cobremos por los costos de las copias, envío por correo, u otras necesidades que tengamos para satisfacer su solicitud. Por leyes federales usted tal vez no pueda obtener una copia o inspeccionar las notas de psicoterapia; información almacenada para posibles usos civiles en el futuro, criminales o procedimientos administrativos; la PHI esta sujeta según la ley a su acceso o prohibición. Si nosotros le negamos el derecho a tener acceso a su PHI, usted puede hacer una solicitud por escrito que el MD reconsidere la prohibición a su información.
2. **Derecho a solicitar una restricción del uso o revelación** de alguna parte de su PHI para el propósito de tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de salud (TPO). Restricciones para miembros de su familia o amigos envueltos en el cuidado de su salud pueden ser impuestas por una declaración por escrito, indicando la información específica que desea ser restringida, a quien las restricciones serán aplicadas y cuanto usted desea sea limitada a sus médicos de la clínica, su uso, revelación o ambos. No es requerido que su medico sea de acuerdo con su declaración de restricción, al menos si su solicitud que el médico no revela información de salud protegida a su plan de salud con respeto a cuidado de salud lo cual Usted ha pagado en completo de su propio bolsillo.

3. **Derecho a preguntar por comunicación confidencial** del Family Practice a través de una solicitud por escrito detallando como cuando y donde usted desea ser contactado (e.g. no llamadas al trabajo, solo por correo, correo y dirección a otra que no sea la casa). Family Practice acomodara todas las solicitudes razonables y no preguntara la razón por la que usted hizo la solicitud.
4. **Derecho a una copia de su NPP** aunque usted hubiese estado de acuerdo en recibir una NPP por vía electrónica
5. **Derecho a recibir una información por escrito (por escrito o electrónica) de PHI dentro de un periodo de 60 días (90 días si una extensión es necesario)**. Una solicitud por escrito de usted es necesaria, empezando por un periodo de tiempo no mayor de 6 años y no incluyendo fechas anteriores a Abril 14, 2003. La primera lista de esta revelación solicitada entre los primeros 12 meses será gratis. Pero por listas adicionales tal vez se le pueda cobrar lo necesario. Nuestra clínica no es requerida por revelar la cuenta de su PHI bajo las regulaciones del TPO o bajo una autorización escrita del paciente, por propositos de la seguridad nacional, ni a oficiales de la imposición de la ley.
6. **Derecho a solicitar una rectificación de su PHI** mantenida por Family Practice puede ser hecha a través de una solicitud por escrito notariada empezando por la razón que indica su solicitud. Nosotros tal vez podamos negar su solicitud de rectificación: si su solicitud no es por escrito, no esta notariada, o si entre las razones que mantienen su solicitud; si la PHI esta completa y clara; si la información no fue creada por nosotros, o si el creador de la información no se encuentra disponible para rectificarla. Si la información no es parte de la información médica mantenida por Family Practice; si la información no es parte o no esta permitida a inspeccionar o copiar según las leyes (notas de psicoterapia). Usted puede formular una nota de desacuerdo con nosotros. En retorno, una notificación por escrito será preparada y se le enviada una copia (dentro de un periodo de 60 días despues que recibimos su solicitud, o no mas tardado de 90 días, si una extension es necesario).
7. **Derecho a revocar la autorización** para usar o revelar la información de salud, a través de una notificación escrita de revocación, excepto cuando la acción ya haya sido tomada.
8. **Otros Usos de su Información de Salud Protejida que requieren su autorización**. Usos y revelaciones de su información de salud protegida que involucran le revelación de notas de psicoterapia (si hay), mercado, o la venta de su información de salud protegida, o otros usos y revelaciones no mencionadas en este noticia o requerido por la ley, solo serán hechos con su permiso escrito y separado. Su Usted nos da permiso usar o revelar información de salud protegida que se trata de Usted, Usted puede revocar el permiso en escrito en cual quier tiempo. Si revoce su permiso, nosotros no usaremos ni revelaremos información de salud protegida que se trata de Usted por los razones cubiertos con su autorización escrito. Usted entiende que nosotros no podemos recuperar cual quier revelación que ya hemos hecho con su permiso, y que es requerido que nosotros retenemos nuestras historias medicales del cuidado que le hemos proveído.

Nosotros tal vez pongamos condiciones acerca de los derechos previamente mencionados preguntándole a usted como desea que su pago sea manejado.

#### **D. RESPONSABILIDADES DE FAMILY PRACTICE DE GRAND ISLAND, P.C.**

- Mantener la privacidad de su PHI.
- Proveerle a usted con esta noticia las responsabilidades legales y privacidad de las prácticas con respecto a su información que nosotros coleccionamos y mantenemos sobre usted.
- Notifica cual quier individuo de incumplimiento de su información de salud protegida que no fue asegurada.
- Hablar sobre las regulaciones de esta noticia.
- Notificarle a usted si nosotros no estamos disponibles o de acuerdo con la solicitud de restricción.
- Acomodar las solicitudes razonables.
- Reservar el derecho a cambiar nuestras prácticas y hacer nuevas previsiones efectivas para todo el PHI mantenido en Family Practice, con buenas intenciones de proveer cambios en la póliza para usted.
- Nosotros no usaremos o revelaremos su PHI sin su autorización, excepto en lo que se expresa en esta noticia.
- Entrenar a todos los trabajadores según las pólizas de PHI y sus procedimientos.
- Poner nos en contacto con Usted como parte de nuestros esfuerzos de juntar fondos (si lo hacemos), pero Usted tiene el derecho de negar este tipo de comunicación.

#### **E. CAMBIOS EN ESTA NPP**

Family Practice mantiene el derecho de cambiar o tal vez sea requerido bajo la ley cambiar la privacidad de las prácticas, lo cual será informado directamente en una noticia. La más reciente NPP puede ser efectiva para cualquier información futura. Copias de la NPP, notas sobre el número de la versión, día que se expide, serán puestas para su servicio en nuestra oficina y en nuestra pagina del internet. Además una copia será disponible para usted en cada visita que haga a nuestra oficina.

#### **F. USOS PERMITIDOS O REQUERIDOS DEL PHI Y SU REVELACION**

No se requiere autorización del paciente cuando se necesita usar o revelar su PHI en caso de un tratamiento, pagos o algo relacionado con operaciones del cuidado de salud (TPO). La norma de Family Practice es obtener un consentimiento a través del TPO. Adicional a esto no se necesita la autorización del paciente para uso o revelación del PHI si es requerido por la ley. Con todas las otras circunstancias, una firma de autorización será necesaria antes de usar o revelar la PHI incluyendo información de salud altamente protegida.

1. **PARA TRATAMIENTO**. Expectaciones, acciones y observaciones son informaciones obtenidas por vía de su medico, el equipo de cuidado de salud o la oficina medica que almacena sus records y los utiliza para determinar la mejor forma para su tratamiento. Por ejemplo, tratamiento de la diabetes con una fractura de hueso envuelve un Cirujano Ortopédico, fisioterapia para la rehabilitación y una dietista para asegurar una apropiada alimentación. Revelar su PHI a otras clínicas involucradas en su cuidado medico puede incluir, laboratorios, radiólogos, miembros de su familia, clérigo u otros proveedores de servicios.
2. **PARA PAGOS**. La cuenta puede ser enviada a usted, su persona de responsabilidad fiscal, su compañía de seguro, u otra persona involucrada en el pago. La cuenta puede incluir información que lo identifique a usted, fechas de servicios, diagnósticos, recursos usados y

tratamiento médico realizado. Por ejemplo un orden para recibir aprobación para un tratamiento específico, tal vez nosotros necesitemos revelar su PHI. Otro ejemplo sería cuando se necesite una determinación de su cobertura, su PHI puede ser revelada.

3. **OPERACIONES DEL CUIDADO DE SALUD.** Por médicos, el equipo de salud o los trabajadores de la oficina médica tal vez usen información para asesorar el cuidado y desarrollo de su salud. Esta información también puede ser usada con el objetivo de continuar mejorando la calidad del cuidado de salud y servicios prestados. Por Ejemplo se puede revelar a la estación de enfermería; estudiantes de medicina; su nombre será anunciado en la sala de espera para que Usted puede pasar al área del médico, laboratorio, radiografía; puedan comunicarse por correo, correo electrónica asegurada, fax o por teléfono. Nosotros también le brindaremos su PHI a los contadores, abogados y otros estando seguros que cumplimos con todas las leyes con nos afectan. En caso de venta, transferencia, fusión, o consolidación de Family Practice, su PHI puede ser transferida a otra organización de salud para continuar sus cuidados médicos.
4. **DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (DHHS).** Bajo la ley nosotros tenemos que revelar a usted cuando se requiere por la secretaria del Departamento de Health and Human Services para investigar o determinar nuestra conformidad con los requerimientos de la sección 164.500 et.seq.
5. **SALUD PÚBLICA.** Nosotros tal vez revelemos su PHI a las autoridades de salud pública a las agencias de gobierno que estén colaborando con la salud pública, para actividades de salud pública y propósitos permitidos por la ley para recolectar o recibir información. La revelación puede ser con el propósito de:
  - Prevención o control de enfermedades, danos o discapacidades.
  - Reporte de nacimientos y muertes.
  - Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos.
  - Notificación de retiro de producto.
  - Notificación de posibles enfermedades, exposición o riesgo de diseminación o contagio de condiciones enfermedades.
  - Notificación o sospecha de abuso, negligencia o violencia domestica.
6. **ADMINISTRACION DE DROGAS Y ALIMENTOS (FDA).** Nosotros tal vez revelemos a FDA, información de salud relacionada con efectos adversos de alimentos, suplementos, productos y defectos en los productos o vigilancia de mercadeo en relación a retiro de productos, reparaciones o sustituciones.
7. **AGENCIAS DE INVESTIGACION DE NEGLIGENCIA DE SALUD.** Nosotros podemos revelar la información a agencias públicas de salud para actividades autorizadas por la ley, así como audiencias, investigaciones, inspección y licenciatura. Agencias de Investigación de Negligencia de Salud que utilizan esta información incluyen agencias del gobierno que regulan las operaciones del Family Practice, programas de beneficio del Gobierno y Derechos Civiles Legales.
8. **COMPENSACION AL TRABAJADOR.** Nosotros podemos revelar PHI para cumplir con las leyes de compensación al trabajador y otros programas legales establecidos que proveen beneficios para trabajadores con lesiones o enfermedades. Es requerida por el Family Practice de G.I. la autorización del paciente cuando, para propósito de compensación de trabajadores, un empleador solicita PHI del paciente que no este directamente relacionado con su lesión.
9. **FORENSES, EXAMINADORES MEDICOS, Y DIRECTORES DE FUNERARIAS.** Podríamos revelar la PHI para propósitos de identificación, en caso conocimiento de muerte anticipada o para determinar la causa de muerte. La Ley autoriza la revelación de esta información para que estas tareas puedan ser realizadas.
10. **PROCEDIMIENTOS LEGALES.** Si usted esta envuelto en una demanda legal o un litigio, podremos revelar la PHI en respuesta a una orden administrativa de la corte. También podemos revelar PHI en respuesta a un citatorio, o a una petición de revelación o algún otro proceso legal por alguien mas involucrado en el litigio; pero solo si se ha intentado notificarle sobre esta petición o para obtener una orden protegiendo la información requerida.
11. **APLICACION DE LA LEY.** Podríamos revelar el PHI para propósitos de aplicación de la ley que incluyan los siguientes:
  - En respuesta a una orden de la corte, citatorio judicial, orden de detención o arresto, o procesos similares.
  - Identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigos materiales o personas desaparecidas.
  - En caso de una victima de un crimen, si, bajo determinadas circunstancias, no pudiéramos obtener el consentimiento de una persona.
  - Acerca de una muerte que se crea sea resultado de una conducta criminal.
  - Acerca de una conducta criminal en la clínica.
  - En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, localización del crimen o las victimas; la identidad, descripción o localización de la persona que haya cometido el crimen.
12. **ACTIVIDAD CRIMINAL.** Consistente con las leyes federales y estatales aplicables, revelaríamos su PHI, si creemos que fuera necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona o del publico. También revelaríamos la PHI de ser necesario a las autoridades encargadas de la aplicación de la ley para identificar o arrestar un individuo.
13. **INSTITUCION CORRECCIONAL.** Si usted esta detenido en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podríamos revelar su PHI a esa institución correccional, esto puede ser necesario para: (1) que la institución pueda brindarle a usted cuidados de salud; (2) Proteger su salud y seguridad y la de otras personas; (3) Por la seguridad de la institución correccional.
14. **ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL.** Cuando se dan las condiciones apropiadas, podríamos revelar el PHI de los individuos que forman parte del personal de las Fuerzas Armadas (Armed Forces) (1) Para actividades consideradas necesarias por las autoridades militares apropiadas; (2) Para el propósito y determinación en el Departamento de Veteranos de su elegibilidad de beneficios; (3) Para autoridades militares extranjeras si usted es miembro de eso servicios militares extranjeras. También puede ser revelada a autoridades federales para conducir actividades de inteligencia y seguridad nacional.
15. **CAREOS.** Su PHI puede ser usada o revelada durante careos entre usted y su proveedor de salud durante el cual el uso de un producto específico o servicio es recomendado, la clínica revela cualquier compensación recibida de terceras partes para promover sus productos o servicios si son recibidos a través de una tercera organización. Esta conversación puede incluir discusiones de alternativas de tratamiento, coordinación de casos y de cuidados.
16. **NEGOCIOS ASOCIADOS.** Nosotros podamos revelar el PHI a otras personas, organizaciones, conocidas como negocios asociados (e.g., abogados, agencias de colección, transcripción, etc.) Quien provee servicios para nosotros bajo contrato. Nosotros requerimos que nuestros negocios asociados protejan el PHI que les fue proveído.

17. **ORGANIZACIONES DE PRECURACION DE ORGANOS, OJOS, Y TEJIDOS.** Si usted es un donante y se aplica la ley en su caso, nosotros podemos revelar su PHI a organizaciones de órganos que necesiten servicios u otras entidades relacionadas, bancos o transplantes de órganos por el propósito de donación o transplante de los mismos.

#### **G. USO Y REVELACION DEL PHI EN SITUACIONES ESPECIALES.**

Podríamos usar o revelar su PHI en situaciones especiales como se describe posteriormente. Por estas situaciones usted tiene el derecho de limitar esos usos y revelaciones (sección C2 de este NPP).

1. **MIEMBROS DE LA FAMILIA Y AMIGOS.** Podríamos revelar su PHI a individuos que estén envueltos en su cuidado de salud o ayuden al pago del mismo. Podríamos revelarla cuando: (1) tenemos su autorización verbal, (2) cuando no haya objeción de parte de usted, (3) podríamos hacer la revelación de las circunstancias cuando usted no tiene quejas de la revelación hecha. Ejemplo/si su esposa, su interprete o sus trabajadores vienen a la habitación de examen con usted, nosotros asumimos que usted esta de acuerdo que sea revelada su PHI durante la presencia de estos individuos.  
También puede ser revelada su PHI a miembros de su familia, amigos en determinados momentos que usted no esta disponible para tomar decisiones, proveer esta información con la seguridad que esas personas están envueltas en su cuidado. Ejemplo/Si usted se presenta en su clínica en una situación de emergencia, nosotros podemos comentar la información con los miembros de la familia o amigos que vinieron con usted. También con un miembro de la familia o amigo que nos llame o solicite una receta medica para usted.
2. **RECORDATORIO DE CITAS.** Nosotros podemos revelar su PHI para el propósito de contactarlo a usted recordándole sus citas médicas.
3. **PHI DE FISICO DE LA ESCUELA/DEPORTE A ESCUELAS.** Autorización completo en escrito es requerido para el envío de PHI sobre los físicos de la escuela/deporte.
4. **COPIAS DE IMUNIZACIONES A ESCUELAS: Copias de inmunizaciones puedan ser enviados por medio de fax o teléfono a representantes de las escuelas con su permiso verbal, al menos que Usted nos provea otros directivos escritos.**
5. **DIAGNOSTICOS NORMALES, RESULTADOS DE LOS ANALISIS REALIZADOS.** Los resultados de los diagnósticos normales y análisis pueden ser dejados en su casa en su maquina de contestar el teléfono o en su correo de voz, siempre que usted nos haga por escrito una objeción de ello. Además, nosotros cumpliremos con su solicitud verbal, para una copia de sus analisis diagnosticos de los últimos 12 meses. Cualquier otra solicitud para copias o acceso a su PHI requiere que usted complete nuestra Forma de Solicitar Acceso.
6. **SERVICIOS RELATIVOS DE SALUD.** Nosotros podemos contactarlo a usted para proveerle información sobre tratamientos alternativos u otros servicios de salud relativos que tal vez puedan interesarle a usted.
7. **INVESTIGACIONES.** Después de considerado y aprobado por el grupo medico, nosotros tal vez podamos revelar y usar la información medica suya para el propósito de realizar investigaciones: Ejemplo/El proyecto de investigación tal vez compare la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron medicamentos con otros pacientes que recibieron ese medicamento pero en diferentes condiciones. Antes de nosotros usar o revelar su información, nosotros evaluamos lo que se necesita para esa investigación y lo que el paciente necesita para su privacidad del PHI. Preguntaremos por su específico permiso si la investigación puede tener acceso a su nombre, dirección u otra forma de identificación.
8. **FACTURAS DE LOS PACIENTES / CORRESPONDENCIA.** Las facturas de todos los miembros de una familia que están en la misma cuenta serán enviadas a nombre del Titular de la cuenta, a la dirección que esta apuntado en nuestra computadora. Family Practice de Grand Island utiliza el método de “cuentas familiares”, salvo alguna circunstancia especial. Si Usted desea facturas individuales enviadas a su hogar para cada miembro de su familia, necesita proporcionarnos indicaciones directivas por escrito. Todos los sobres de correspondencia muestranel nombre de la clínica y la dirección.
9. **INTERPRETES.** Miembros de la familia o amigos de la persona con una proficiencia limitada de inglés no pueden ser utilizados como intérpretes, a menos que haya sido requerido específicamente por este individuo después de haberlo ofrecido un intérprete por parte de Family Practice de GI. Estas restricciones son para asegurar confidencialidad de la información y comunicación correcta.
10. **INTERCAMBIO DE INFORMACION SANITARIA.** Family Practice pertenece al Intercambio de Información Sanitaria de Nebraska. La Iniciativa de Información de Salud de Nebraska comparte cierta información de salud, demográficos, y pagos con médicos, hospitales, compañías de seguro y farmacias en el estado. Por favor solicite un folleto con las recepcionistas si desea más información.

#### **H. PREGUNTAS Y PREOCUPACIONES.**

Si usted tiene algunas preguntas o desea información adicional por favor contacte nuestra oficina con el oficial al (308) 381-0162. Nuestro oficial o la secretaria del Departamento de Health and Human Services pueden dirigir sus preocupaciones a nosotros en relación con alguna violación de sus derechos. No existirá ninguna represalia hacia usted por formular una queja hacia nosotros.