

## **AVISO SOBRE NORMAS DE PRIVACIDAD**

La fecha de vigencia del aviso es 14 de Abril del 2003.

### **EL PRESENTE AVISO ESPECIFICA COMO PUEDE SER USADA Y REVELADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR REVISE EL DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.**

El presente documento indica el tipo de información que obtendremos con respecto a usted, a quien se le puede revelar, y las medidas de salvaguarda que se utilizan para proteger esta información. Usted tiene el derecho a que su información médica permanezca confidencial, así como el derecho de autorizar o rehusarse a revelar información específica, salvo cuando esta revelación se ordene por ley sin su autorización.

Si las practicas a menciona estan a la altura de sus expectativas, no necesita hacer nada. Si usted prefiere que se pongan en pie restricciones adicionales con respecto al uso o revelación de su información médica, lo puede solicitar por medio del siguiente proceso.

Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con nuestro Agente de Privacidad en la dirección al encabezado del documento. Este aviso especifica las prácticas del consultorio Sunshine Valley Pediatrics en lo que corresponde al uso de su información médica, tanto como lo que tenga que ver con:

- Cualquier profesionista del campo médico contratado por Sunshine Valley Pediatrics que tiene autorización de añadir información a su expediente medico.
- Todas las alas y unidades de los consultorios de Sunshine Valley Pediatrics a las que usted acuda.
- Cualquier tercero perteneciente a alguna organización de voluntario a quien nosotros le permitamos que le preste servicios a usted.
- Todos los empleados, personal, o terceros que puedan necesitar acceso a su información.
- Múltiples consultorios, si lo tenemos en el presente, o si en un futuro llegamos a tenerlos; todos los mismos se subscriben a las cláusulas en el presente aviso. Los múltiples consultorios pueden revelar información entre si para el tratamiento, pago, o procedimientos que se indican en el presente aviso.

### **NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACION MÉDICA**

Nosotros entendemos que la información acerca de usted y su salud es materia personal. La protección de su información médica es importante. Nosotros creamos un registro de los servicios que recibe, el cual se necesita para prestarle atención médica de calidad y para satisfacer ciertos requisitos legales. Este aviso aplica a todos los documentos que los empleados produzcan, sean profesionistas médicos u otro tipo de personal de la clínica Sunshine Valley Pediatrics.

Se le informa por el presente aviso de que manera podemos usar y revelar la información médica de usted.

También le especificamos sus derechos y ciertas obligaciones que nosotros tenemos con respecto al uso y revelación de información medica personal.

Nosotros estamos obligados por ley a:

- Mantener confidencialmente cualquier información medica acerca de su estado o tratamiento; de como paga sus cuentas y en lo que respecta su información demográfica, si tal información se pudiese usar para identificarlo;
- Darle este aviso de nuestra política, procesos y procedimientos de normas de privacidad acerca de su información medica; y
- Seguir las condiciones del aviso vigente.

## EL USO Y REVELACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

La información médica se puede usar y revelar como se especifica en las categorías a continuación. Le trataremos de dar ejemplos dentro de cada una de estas categorías. No se indican todos y cada uno de los usos y revelaciones de una categoría.

**Para Tratamiento.** Nosotros podemos usar su información médica para prestarle cuidados o servicios médicos. Podemos revelar su información a médicos, enfermera(o) s, técnico(a) s, pasantes médicos, u otros profesionistas médicos que están incluidos en su tratamiento. Por ejemplo, puede que un doctor le preste servicios porque se fracturo el hueso de la pierna y necesite saber si usted sufre de diabetes porque la diabetes alarga el proceso de recuperación. Diferentes profesionistas médicos pueden compartir su información para coordinar los servicios que usted necesite, como recetas, análisis, y radiografías.

**Para remuneración.** Nosotros podemos usar y revelar su información médica para que se cobren los servicios y tratamientos que recibe, sea el responsable usted, su compañía de seguro medico, o un tercero. Por ejemplo: Puede que su compañía de seguro necesite recibir aviso de la cirugía que usted tuvo para que puedan pagarnos o puedan reembolsarle a usted el pago de la misma. También es posible que usemos su información para obtener autorización por adelantado o para determinar si su seguro médico cubriría el tratamiento; o para realizar otros asuntos que se relacionen con obtener el pago de servicios prestados. Podemos además revelar su información médica a otro profesionista medico que esta, o ha estado involucrado en su atención, para que este pueda buscar su remuneración por los servicios prestados.

**Para Asuntos de Cuidados Médicos.** Podemos usar y revelar su información médica para asuntos de cuidados médicos. Esto es necesario para asegurarnos que todos los pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo podríamos usar su información médica para revisar nuestros cuidados y servicios, y para evaluar el desempeño de nuestro personal al prestarle cuidados a usted; o para supervisar y llevar a cabo de manera mas efectiva los manejos de la clínica Sunshine Valley Pediatrics. También podemos revelar la información a médicos, enfermeros, técnicos, pasantes médicos y otro personal del hospital para revisión y estudios de investigación. Puede que omitamos la información que lo identifica en esos documentos para que terceros puedan estudiar medicina y cuidados médicos sin saber quienes son los pacientes.

**Recordatorios de Consulta.** Puede que usemos y revelemos su información médica para ponernos en contacto con usted y recordarle que tiene fijada una consulta para atención o cuidados médicos.

**Cuidados alternativos.** Podríamos usar su información medica para informarle o recomendarle posibles opciones o tratamientos alternativos que le interesen.

**Servicios y Prestaciones Médicas.** Podemos usar y revelar información medica para informarle acerca de prestaciones o servicios médicos que le podrían interesar.

**Terceros Involucrados en sus Cuidados o en los Pagos de los Mismos.** Podemos revelar su información médica a un amigo o pariente que este involucrado en su cuidado. También podríamos revelar información a alguien que contribuye a los pagos de su tratamiento. Si usted se encontrara internado en el hospital, podríamos informarle a su familia o amigos de su estado, y decirles que esta internado. Además, podríamos revelar información médica a una organización de asistencia en caso de desastres naturales para que su familia pudiese obtener información acerca de su estado, salud y ubicación.

**Estudios de Investigación.** Bajo ciertas circunstancias podríamos usar y revelar su información medica con fines de estudios de investigación o desarrollo. Por ejemplo, un estudio de investigación puede constar de comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un cierto medicamento, contra los que recibieron un medicamento distinto, cuando ambos grupos eran tratados por la misma enfermedad. Sin embargo, todo estudio de investigación esta sujeto a un proceso de autorización especial. El proceso evalúa tanto el posible estudio, como los usos de la información médica, para tratar de encontrar un balance entre las necesidades de los estudios y las necesidades de confidencialidad de información médica de pacientes. Antes de usar o revelar su información con fines de estudios, el mismo debe ser aprobado por medio del proceso de autorización mencionado. Sin embargo, podríamos revelar su información a investigadores

que estén preparándose para llevar a cabo algún estudio en particular. Por ejemplo, para ayudarles a localizar pacientes con ciertas necesidades medicas, siempre y cuando la información permanezca en las instalaciones de investigación. Casi siempre le pediremos autorización específica a usted si el investigador fuese a tener acceso a su nombre, domicilio u otra información que revele su identidad, ó si el investigador estaría involucrado en su cuidado en el hospital.

**Como Lo Ordena La Ley.** Cuando la ley federal, estatal o local lo ordene, revelaremos su información médica.

**Para Evitar Una Amenaza de Salud o Seguridad Considerable.** Su información puede ser usada cuando es necesario prevenir algún peligro contra su salud y/o seguridad; o contra la salud y/o seguridad de terceros. Cualquier revelación solo sería a una persona capaz de ayudar a prevenir el peligro o amenaza de salud.

**Recaudación de Fondos.** Su información puede ser usada para intentar recaudar fondos con un propósito benéfico para usted. Por ejemplo, si usted sufre de un padecimiento en particular y una organización lleva a cabo una colecta con fines de estudios científicos, podríamos solicitar por escrito su cooperación en la colecta para dicha organización. Solamente ocurre en raras ocasiones. Si usted no quiere que nos pongamos en contacto con usted para la recaudación de fondos, debe de informar al Agente de Privacidad por escrito en la dirección abajo suscrita.

**Si hay discrepancias entre la ley de Nevada y las cláusulas de HIPPA (por sus siglas en ingles), seguiremos las cláusulas que sean más estrictas con tal de proteger su información personal de salud.**

#### **USO O REVELACION DE INFORMACION EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.**

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante, podemos revelar su información medica a organizaciones que se encargan o procuran los órganos, ojos o trasplantes de tejido; así como a un banco de donación de órganos; o como sea necesario para facilitar la donación o trasplante de órganos.

**Personales militares y veteranos.** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar su información como lo ordenen las autoridades militares a cargo.

**Indemnización laboral.** Se puede reveler su información para asuntos de indemnización laboral, o a algún programa similar. Estos programas le otorgan prestaciones por lesiones o enfermedades laborales.

**Riesgos de Salud General.** Su información se puede revelar para actividades de salud pública. Estas normalmente incluyen lo siguiente:

- Prevenir y controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Reportar los nacimientos y muertes;
- Denunciar el abuso o negligencia de menores;
- Informar de malas reacciones a medicinas o problemas con algún producto;
- Notificar a personas si un producto que están usando a sido retirado del mercado;
- Informar si una persona puede haber estado en contacto con alguna enfermedad, o esta a riesgo de contraer o contagiar a terceros de alguna enfermedad o padecimiento;
- Notificar a la agencia gubernamental a cargo si creemos que un paciente es victima de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar.

**Actividades de Supervisión de Salubridad.** Su información médica puede revelarse a alguna agencia de salubridad con la propia jurisdicción, para asuntos autorizados por ley. Estas actividades de supervisión incluyen por ejemplo, auditorias, investigaciones, inspecciones y certificaciones. Estos asuntos son necesarios para que el gobierno monitoree el sistema general de salud, la conducta de los programas de gobierno, y la conformidad con las leyes de derechos civiles.

**Demandas y Litigios.** Su información puede ser revelada en respuesta a un citatorio judicial, pedimento

de revelación, u otra orden legítima de un tribunal.

**Cumplimiento de Ley.** Podemos revelar su información médica si nos lo pide así un agente del orden público como parte de asuntos de conformidad legal, una investigación por conducta delictiva o una por víctimas de delitos; como respuesta a una orden judicial, en casos de emergencias, o cuando así lo requiere la ley.

**Forenses, y Directores de Funerarias.** Podemos revelar su información médica a un forense o juez de instrucción. Puede que sea necesario; por ejemplo, para identificar a la persona fallecida o determinar la causa de muerte. Podríamos también revelar información acerca de pacientes internados para que los directores de casas fúnebres lleven a cabo los arreglos.

**Servicios de Protección para el Presidente, Seguridad Nacional y Asuntos de Inteligencia.** Podemos revelar su información médica a las autoridades federales debidas para que protejan al Presidente, otros terceros autorizados o jefes de estado extranjeros, o para que se realicen investigaciones especiales, o para inteligencia, contra inteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

**Reos y en custodia de los Agentes de Ley.** Si usted es un reo de un presidio correccional, o se encuentra bajo la custodia de un agente de la ley, podemos revelar su información médica al presidio correccional o al agente de la ley. Esto sería necesario si (1) Se necesita prestarle servicios en el presidio correccional; (2) Se necesita para proteger su salud y seguridad o la de terceros; ó (3) para preservar la seguridad y salud del presidio correccional.

## DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA

UD. Tiene los siguientes derechos en lo que respecta a la información médica que tenemos sobre usted:

**Derecho a revisar y duplicar.** Usted tiene el derecho a revisar y obtener duplicados de la información médica que se puede usar para tomar decisiones acerca de sus cuidados médicos. Esto incluye lo correspondiente a información de cobro y médica, pero no incluye notas de terapias psicológicas.

Para revisar y obtener duplicados de información médica que puede usted usar para tomar decisiones, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Agente de Privacidad, a la dirección abajo suscrita. Si solicita duplicados de la información, le podemos cobrar por los costos de sacar copias, o por otros materiales que se vinculen con su solicitud.

En ciertas circunstancias con muchas limitaciones, podemos refutar su solicitud de revisar y duplicar documentos. Si se le niega acceso a la información médica, usted puede solicitar que se revise esta negativa. Otro profesionalista médico con licencia que Sunshine Valley Pediatrics designe, revisará su solicitud y la respuesta negativa. La persona que realice esta revisión no será la persona que le negó la solicitud. Nosotros cumpliremos lo que se determine en dicha revisión.

**Derecho a Modificar.** Si siente que tenemos información médica errónea o incompleta acerca de usted, nos puede pedir que la modifiquemos. Usted tiene derecho a solicitar una modificación por el plazo completo que preservemos la información. Para solicitar una modificación, su solicitud por escrito debe ser presentada a nuestro Agente de Privacidad. Además, debe dar razones que respalden su solicitud. Nosotros podemos refutar su solicitud de modificación si no es por escrito o no incluye la razón para la misma. Además, podemos negarnos si nos pide modificar información que:

- No fue creada por nosotros, a menos de que la persona u organización que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- No es parte de la información médica que se preserva por parte del Proveedor;
- No es parte de la información que se le permitiría duplicar o revisar; ó
- Es certera y completa.

**Derecho a Informe de Revelaciones.** Usted tiene derecho de solicitar un "Informe de Revelaciones"

Esta es una lista de las revelaciones de su información médica que se han hecho. Este informe no incluye las revelaciones rutinarias, incluyendo las que se le han hecho a usted, o con su autorización, las que se hacen por tratamiento, cobros y manejo de operaciones como se ha especificado previamente, y las que se

realizan por seguridad o inteligencia nacional, así como las que se relacionan con presidios correccionales, o agentes del orden público, o de conformidad con la ley.

Para pedir esta lista o informe de revelaciones, debe de presentar su solicitud por escrito a nuestro Agente de Privacidad. Su solicitud debe especificar un plazo que no puede ser de más de seis años y no incluya fechas previas al 14 de Abril del 2003. Su solicitud debe indicar de que manera quiere recibir esta lista (por ejemplo como documento de papel o electrónicamente). La primera lista que usted solicite dentro de un plazo de 12 meses será gratis. Para obtener listas adicionales, le podemos cobrar por el costo de proporcionárselas. Le informaremos del costo y usted puede decidir si retira o modifica su solicitud en ese momento, antes de que se incurra costo alguno.

**Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones o límites para la información que usamos o revelamos acerca de sus atenciones, pagos o manejo de servicios médicos. Usted también tiene derecho a solicitar un límite para la información que revelamos sobre usted a un tercero que esta involucrado en sus cuidados médicos o el pago de los mismos, como lo fuese algún pariente o amigo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud a menos que se requiera la información en caso de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe mandar su solicitud por escrito a nuestro Agente de Privacidad al domicilio abajo suscrito.

Su solicitud debe incluir (1) la información a la cual le quiere poner restricciones; (2) si quiere limitar nuestro uso, revelación o ambos (3) a quien le aplican estas restricciones.

**Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial.** Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica de manera o en un lugar en específico. Por ejemplo, nos puede pedir que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo, o por correo.

Para solicitar la comunicación confidencial, debe de mandar su solicitud por escrito a nuestro Agente de Privacidad. No le preguntaremos cual es la razón de la solicitud. Nosotros accederemos a todas las solicitudes razonables. Usted debe especificar como o donde desea recibir esta comunicación. Le podemos pedir remuneración por los costos adicionales, si el cumplir con su solicitud nos requiere realizar gastos adicionales, mas allá de lo que nos cuesta usar nuestros métodos normales de comunicación.

**Derecho a Una Copia por Escrito de el Presente Aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia de papel de este aviso en cualquier momento. Aún si usted accede a recibir un duplicado electrónico, de todas maneras tiene derecho a una copia de papel. Para obtener dicha copia de papel, por favor solicite una a nuestro Agente de Privacidad.

## CAMBIOS A ESTE AVISO

Nosotros retenemos el derecho de modificar este aviso. También retenemos el derecho de poner en efecto el aviso modificado o alterado, en lo que corresponde a información médica que ya poseemos acerca de usted, así como de la que recibamos en un futuro. Nosotros siempre pondremos una copia del aviso vigente en el lugar a continuación: Ya sea en, o cerca de la recepción. Dicho aviso mostrara, en la primera página, la fecha de vigencia.

## QUEJAS

Si cree que se han quebrantado sus derechos a privacidad, puede presentar una queja con nosotros, o con la Secretaria de la Dependencia Servicios de Humanos y Salubridad, conocido en ingles como Department of Health and Human Services. Para presentar una queja con nosotros, póngase en comunicación con nuestro Agente de Privacidad en la dirección y numero abajo suscritos. Todas las quejas se deben mandar por escrito. No se penaliza el presentar quejas.

## USOS ALTERNOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Los usos o revelaciones alternas que no estén mencionados en este documento solo se realizaran si concede autorización por escrito. Si usted nos da permiso de usar o revelar su información, puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si nos revoca el permiso, de ahí en adelante no usaremos o revelaremos su información medica por las razones que especifique en su autorización escrita.

Usted esta al tanto de que no es posible retractar cualquier revelación que ya se haya realizado bajo su autorización. Estamos obligados a conservar por seis años los archivos médicos de los servicios que le prestamos

**AGENTE DE PRIVACIDAD**

El agente de Privacidad es: Trina Bean  
653 N. Town Center Drive, Suite 106 • Las Vegas, NV 89144  
Phone: (702) 363-3000 • Fax: (702) 363-3161

## APROBAMIENTO

Por la presente confirmo y acepto que estoy enterado(a) de éste Aviso de Normas de Privacidad. Por lo tanto doy mi aprobación a proceder como sea necesario.

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Representante (padre o tutor): \_\_\_\_\_

Parentesco entre el Representante y Paciente: \_\_\_\_\_

---

---

## NO ESTOY DE ACUERDO

En la fecha indicada, el abajo, firmante se rehusó y no aceptó a a dar su aprobación a este Aviso de Normas de Privacidad.

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona que se Rehúsa: \_\_\_\_\_

Razón Porque no Estoy de Acuerdo: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado de la Clínica Sunshine Valley Pediatrics: \_\_\_\_\_

**COPIA ARCHIVADA FIRMADA EN EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE**