

AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

New River Family Wellness, PLLC
420 East Second Street, West Jefferson, NC 28694

Tal y como es requerido por los Reglamentos de Privacidad creadas como resultado del acta de Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA por sus siglas en ingles),

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION ACERCA DE USTED (SIENDO PACIENTE DE ESTE CONSULTORIO) PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A SU INFORMACION INDIVIDUAL IDENTIFICABLE.

A. NUESTRO COMPROMISO ES SU PRIVACIDAD. Nuestro consultorio está dedicado a mantener la privacidad de su información individual identificable (IIHI por sus siglas en ingles). Al llevar a cabo nuestro negocio, se creará récords de usted y el tratamiento de los servicios que se le proveyó. Se nos requiere por ley mantener la confidencialidad de la información que lo identifica. También se nos requiere por ley el proveerle este aviso de lo que se requiere de nosotros y de la practica de privacidad que seguimos en este consultorio con respecto a su IIHI. Por ley federal y estatal, tenemos que seguir el aviso de practicas de privacidad que tengamos efectivo en ese momento.

Reconocemos que estas leyes son complicadas, pero témenos que proveerle esta información:

- La forma en que podemos revelar su IIHI
- Sus derechos de privacidad tocante a su IIHI
- Nuestras obligaciones conforme al uso y la divulgación de su IIHI

Los términos de este aviso aplican a todos los récords que contengan su IIHI que fuesen creados o almacenados por nuestro consultorio. Reservamos el derecho a modificar o enmendar este aviso de practicas de privacidad. Cualquier modificación o enmienda a este aviso será efectivo a todos los récords que nuestro consultorio haya creado o almacenado en el pasado, y para cualquier récord que quizás hagamos o almacenemos en el futuro. Nuestro consultorio fijará una copia de nuestro Aviso más reciente en nuestra oficina donde se podrá leer en cualquier momento, y usted puede pedir una copia de nuestro Aviso mas actual.

B. SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA ACERCA DE ESTE AVISO, POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO CON:

NEW RIVER FAMILY WELLNESS, PLLC
Atención: Oficial de Privacidad
420 East Second Street
West Jefferson, NC 28694

C. PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACION INDIVIDUAL IDENTIFICABLE (IIHI). Las siguientes categorías son descritas en diferentes formas en las cuales podemos usar y revelar su IIHI, a menos que usted proteste:

- 1. Tratamiento.** Nuestro consultorio puede usar su IIHI para darle tratamiento. Por ejemplo, quizás le pidamos que se haga estudios de laboratorio (tal y como pruebas de orín), y podemos usar los resultados para ayudarnos a llegar a una diagnosis. Puede que usemos sus IIHI para ordenarle una receta para usted, o quizás revelemos su IIHI a una farmacia cuando le ordenemos su medicina. Muchas de las personas que trabajan en nuestro consultorio- lo que incluye, pero no se limita a, nuestros doctores y enfermeras- quizás usen o revelen su IIHI para poder brindarle tratamiento o para ayudarles a otros en su tratamiento. Además, podemos revelar su IIHI a otros que ayudaran en su tratamiento, por ejemplo, otros proveedores de atención médica, su cónyuge, sus hijos o sus padres.
- 2. Pago.** Nuestro consultorio puede usar y revelar su IIHI para poder cobrar y para coleccionar el pago por los servicios y artículos que usted reciba de nosotros. Por ejemplo, puede que usemos y revelemos su IIHI para obtener pago de parte de terceros que quizás sea responsables por el costo, por ejemplo, algún miembro de su familia. Además, puede que usemos sus IIHI para cobrarle directamente por los servicios que le ofrecimos o por cualquier artículo que se le dio.
- 3. Operaciones de Atención Medica.** Nuestro consultorio puede usar y revelar su IIHI para operar nuestro negocio. Ejemplos de cómo podemos usar y revelar su información para nuestras operaciones son, nuestro consultorio puede usar su IIHI para evaluar la calidad del servicio que recibió de parte nuestra, o para desarrollar protocolos y pautas médicas, para desarrollar programas de entrenamiento, y para ayudar en la credencialización, repaso médico, servicios médicos, servicios legales y seguro médico. Compartiremos su información con seguros u otros negocios asociados según sea necesario para obtener dichos servicios.
- 4. Recordatorios de citas.** Nuestro consultorio puede usar y revelar su IIHI para contactarle y para recordarle de su cita.
- 5. Opciones de Tratamiento.** Nuestro consultorio puede usar y revelar su IIHI para infórmale de posibles alternativas a su tratamiento.
- 6. Beneficios y Servicios relacionados con la Salud.** Nuestro consultorio puede usar y revelar su IIHI para infórmale de los beneficios o servicios relacionados con la salud que quizás le interesen.
- 7. El revelar información a familiares/amistades.** Nuestro consultorio puede revelar su IIHI a una Amistad o familiar si están envueltos en su atención, o si ayudan en cuidar de usted. Por ejemplo, un padre o tutor legal puede pedirle a su niñera que lleve a su niño a la oficina del pediatra para que lo atiendan por un resfriado. En este ejemplo la niñera tendrá acceso a la información medica del niño.
- 8. Revelaciones requeridas por ley.** Nuestro consultorio usara y revelar su IIHI cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

- 9. Asociados de negocio.** Hay ciertos servicios que son provistos a través de contratos que tenemos con “asociados de negocio”, tal y como contabilidad, representación legal, servicios médicos de consulta etc. Cuando contratamos con estos servicios puede que revelemos su información IIHI a nuestros asociados de negocio para que ellos puedan desempeñar el trabajo que les pedimos y si es aplicable, para cobrarle a usted o a sus tercios por servicios brindados. Si revelamos su información de salud protegida a un asociado de negocio lo haremos bajo un contrato que estipule que su información se mantendrá confidencial.

D. EL USO Y DIVULGACION DE SU IIHI EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS

ESPECIALES. Las siguientes categorías describen ciertas circunstancias especiales donde podemos usar o revelar su información individual identificable:

- 1. Riesgos de Salud Pública.** Nuestro consultorio puede revelar su IIHI a las autoridades de salud pública que sean autorizadas por la ley para recolectar información con propósitos de:

- Mantener récords importantes, tal y como nacimientos y muertes
- Para reportar el abuso o negligencia de un niño
- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o incapacidades
- Para notificar a alguna persona del posible riesgo de haber sido expuesto a una enfermedad transmitida
- Para notificar a algún individuo del posible riesgo de puedan transmitir o contraer alguna enfermedad o condición
- Para reportar la reacción o problema con alguna medicina, producto o aparato
- Para notificarle a algún individuo si es que algún producto o aparato que estén usando se está retirando del mercado
- Para notificar a la agencia(s) gubernamental(es) apropiada(s) tocante al posible abuso o negligencia de un paciente adulto (lo que incluye violencia domestica), sin embargo, solo revelaremos dicha información si el paciente esta de acuerdo o si se nos requiere o autoriza por ley.
- Para notificar a su trabajo bajo condiciones limitadas principalmente por casos de lesiones en el trabajo o monitoreo medico o de enfermedad.

- 2. Actividades de supervisión de salud.** Nuestro consultorio puede revelar su IIHI a agencias de supervisión de salud por actividades autorizadas por ley. Actividades de supervisión pueden por ejemplo incluir, investigaciones, inspecciones, auditoria, cuestionarios, licenciatura y acciones disciplinarias; razones civiles, administrativas, y procedimientos o acciones criminales; o por alguna otra actividad necesaria para que el gobierno monitoreo programas gubernamentales, para verificar cumplimiento de leyes de derechos civiles y para para el sistema general de salud.

- 3. Demandas y procedimientos similares.** Nuestro consultorio puede usar y revelar su IIHI para responder a una orden de corte o administrativa si es que usted está envuelto en una demanda o procedimiento similar. También podemos revelar su IIHI en respuesta a un pedido de descubrimiento de pruebas, orden para presentar documentos, o algún otro proceso legal hecho por algún otro partido que este envuelto en la disputa, pero solo si

hemos hecho el esfuerzo de informarle a usted de la solicitud o después de haber pedido una orden para proteger la información que el segundo partido que esta pidiendo.

4. **Agencias de ley.** Nosotros podemos revelar su IIHI si se nos pide por un oficial de agencia de ley:
 - En ciertas situaciones si tiene que ver con una víctima de un crimen, si es que no podemos obtener el consentimiento de dicha persona.
 - En caso de una muerte, si es que se sospecha que fue resultado de conducta criminal.
 - En caso de que haiga conducta criminal en nuestras oficinas.
 - En respuesta a una orden judicial, cita judicial, o algún proceso legal similar.
 - Para identificar / localizar a un sospechoso, testigo esencial, fugitivo o persona desaparecida
 - En una emergencia, para reportar un crimen (lo que incluye la ubicación de la(s) victima(s) de un crimen, o para reportar la apariencia, identidad o ubicación del perpetrador).

5. **Pacientes difuntos.** Nuestro consultorio puede revelar su IIHI a un médico forenses para identificar a un individuo difunto o para identificar la causa de muerte. Si es necesario, También podemos revelar información para que agentes fúnebres puedan llevar a cabo su trabajo.

6. **Donaciones de Órganos y Tejidos.** Nuestro consultorio puede revelar su IIHI a organizaciones que coordinan la colección y trasplante de órganos, ojos o tejido, lo que incluye los bancos de donación de órganos, para facilitar la donación de órganos o tejidos y el trasplante si es que usted es un donador de órganos.

7. **Investigaciones.** Nuestro consultorio puede ser usado para revelar su IIHI para propósitos de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización escrita para usar su IIHI para propósitos de investigación excepto cuando:
(a) la autorización del uso o de revelar la información fue aprobada por una Junta Institucional de Repaso o una Junta de Privacidad, (b) o si obtenemos un acuerdo escrito u oral de parte de un investigador que (i) la información que se está pidiendo es necesaria para la investigación, (ii) el uso y la revelación de su IIHI solo se usara para propósitos de investigación y (iii) el investigador no se llevara nada de su IIHI fuera de nuestro consultorio; o (c) la IIHI que busca el investigador solo corresponde a información de difuntos y el investigador concuerda ya sea oralmente o por escrito que esta revelación o que el uso es necesario para la investigación y, que si se lo pedimos, que nos presente con una prueba de muerte antes de darle acceso al la IIHI del difunto.

8. **Amenazas serias a la salud o a la seguridad** Nuestro consultorio puede usar y revelar su IIHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otro individuo o del público. Bajo estas circunstancias solo revelaremos su información a la persona u organización que pueda ayudar a prevenir dicha amenaza.

9. **Servicios Militares.** Nuestro consultorio puede revelar su IIHI si usted es miembro de las fuerzas armadas de los EEUU o de alguna fuerza militares en el extranjero (lo que incluye a los veteranos) y si se requiere por las autoridades apropiadas.
10. **Seguridad Nacional.** Nuestro consultorio puede revelar su IIHI a los oficiales federales para propósitos de actividades de seguridad nacional e inteligencia autorizadas por la ley. Podemos revelar su IIHI a los oficiales federales para poder proteger al Presidente, y otros oficiales, representante, Jefe de Estado, o para conducir investigaciones.
11. **Presos.** Nuestro consultorio puede revelar su IIHI a instituciones de corrección u oficiales de agencias de ley. El revelar su información para dichos propósitos sería necesario: (a) para que la institución le provea servicios de atención médica, (b) para la seguridad de la institución, y/o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de algún otro individuo.
12. **Compensación al trabajador.** Nuestro consultorio puede revelar su IIHI para la compensación del trabajador y otros programas similares.

E. USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACION. Los siguientes usos y revelaciones requieren su autorización:

1. **Información Sumamente Confidencial:** Las leyes Federales y Estatales requieren protecciones especiales de privacidad para cierta información sumamente confidencial. Nosotros no revelaremos su información medica 1) que este en notas psicoterapia; 2) estén relacionados al tratamiento de salud mental, servicios de incapacidad de desarrollo, y el tratamiento de abuso de alcohol o drogas; 3) estatus relacionado al VIH, pruebas, y tratamiento además de información relacionada a la diagnosis y el tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente; y 4) información genética, sin que, en cada caso, recibamos su autorización a menos que sea permitido o requerido por leyes Federales o Estatales.
2. **Otros usos o Revelaciones que Requieren su Autorización Especifica:** Otros tipos de usos o revelaciones de su IIHI que no se identificaron en este aviso solo se harán con su autorización escrita. Excepto cuando es permitido por ley, nosotros pediremos su autorización escrita antes de usar o compartir su información para propósitos de marketing o para vender su información. Su autorización puede ser revocada en escrito en cualquier momento, debe tener en cuenta que no podremos retraer cualquier revelación que ya se haya hecho con su permiso, y que se nos requiere que guardemos nuestros récords como comprobante de la atención que le brindamos.

F. SUS DERECHOS CONFORME A SU IIHI. Los récords de su salud y facturas que nosotros guardamos son la propiedad física de New River Family Wellness, PLLC. La información dentro de ella, sin embargo, le pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

1. **Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho a solicitar que nuestro consultorio se comunique con usted acerca de su salud y temas relacionados de cierta forma en particular o en cierta ubicación. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted en casa en vez del trabajo. Para poder cumplir con su pedido

por cierta comunicación confidencial, usted tiene que hacerla por escrito y dirigirla al Oficial de Privacidad, especificando el método de contacto deseado, o la ubicación de donde desea ser contactado. Nuestro consultorio acomodará cualquier pedido **razonable**. Usted no necesita darnos una razón por su pedido.

2. **Solicitando Restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar que se limite el uso o la divulgación de su IIHI para tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. Además, usted tiene el derecho a solicitar que limitemos su IIHI a solo ciertos individuos que estén envueltos en su atención médica o con el pago de dichos servicios, tal y como parientes y amistades. **No se nos requiere que conformemos con su solicitud**, sin embargo, si es que estamos de acuerdo, estamos obligados a cumplir con el acuerdo al cual lleguemos a menos que se requiera algo diferente por ley, en emergencias, o cuando la información es necesaria para brindarle tratamiento. Para solicitar que se limite el uso de o la divulgación de su IIHI, usted tiene que hacer una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud tiene que describir de forma clara y concisa:
 - La información que desea restringir;
 - Si es que desea pedir que se limite el uso, la divulgación o ambas por parte de nuestro consultorio; y
 - A quien desea que apliquen estos límites.

Si usted paga por completo los servicios de atención médica o por algún artículo por su propia cuenta, usted puede pedirnos que no compartamos esa información para propósitos de pago o con propósitos de operación con su seguro médico. Nosotros estaremos de acuerdo con esta solicitud a menos que sea requerido por ley que compartamos dicha información. Los pacientes de consultorios de Atención Primaria Directa típicamente pagan de su propia cuenta por los servicios, de forma que, si un paciente desea una restricción para la divulgación de su información personal de salud, un formulario solicitando dicha restricción necesita ser llenada para cada servicio médico pagado por su propia cuenta por el cual desea restringir.

3. **Inspección y copias.** Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de su IIHI que puede usarse para tomar decisiones en cuanto a usted, lo que incluye los récords médicos y récords financieros, pero no las notas de psicoterapia. Usted puede someter una solicitud escrita al Oficial de Privacidad de New River Family Family Wellness, PLLC, para revisar y/o obtener una copia de su IIHI. Su solicitud debe especificar que información medica usted quiere revisar o copiar. Normalmente tomaremos acción conforme a su solicitud dentro de treinta (30) días de recibir su solicitud. Nuestro consultorio puede cobrar por los costos de copiar, mandar, el material y trabajo asociado con su pedido. Nuestro consultorio puede negar su solicitud a revisar y/o copiar su información en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, usted puede pedir que se re evalúe la decisión. Otro profesional de salud licenciado que nosotros escojamos y que no participe en la decisión original de negarle acceso repasara la decisión. Normalmente tomaremos acción conforme a su solicitud dentro de treinta (30) días.
4. **Enmiendas.** Usted puede pedir que enmendemos su información de salud si es que usted cree que esta incorrecta o incompleta, y usted puede solicitar una enmienda mientras la

información se almacene en nuestro consultorio. Para pedir una enmienda, su solicitud tiene que ser hecha por escrito y enviada al Oficial de Privacidad de New River Family Wellness, PLLC. Normalmente tomaremos acción conforme a su solicitud a una enmienda dentro de sesenta (60) días de haber recibido su solicitud. Usted tiene que presentarnos una prueba que apoye su solicitud por una enmienda. Si le otorgamos su solicitud se lo informaremos por escrito. Nosotros haremos la enmienda apropiada a su IIIHI, y le pediremos que identifique y concuerde que podemos notificar a todas las personas pertinentes con quien se debe compartir su enmienda. Nuestro consultorio negara su pedido si es que no envía su solicitud (y la prueba que apoya su solicitud) por escrito. Además, nosotros podemos negar su solicitud si es que usted nos pide enmendar información que en nuestra opinión: (a) es precisa y completa; (b) no es parte de la IIIHI que nuestro consultorio almacena; (c) no es parte de la IIIHI que se le permite revisar o copiar; o (d) información que no fue creada por nuestro consultorio, a menos que el individuo o entidad que la creo no esté disponible para enmendar la información.

- 5. Contabilización de Revelaciones.** Todos nuestros pacientes tienen el derecho a pedir una “contabilización de las revelaciones”. Una contabilización de revelaciones es una lista de ciertas revelaciones no rutinarias que nuestro consultorio haya hecho con su IIIHI por razones fuera de tratamiento o por razones de operación. No se nos requiere documentar el uso de su IIIHI como parte de la atención medica de rutina. Por ejemplo, la información que el doctor comparta con la enfermera o con algún otro proveedor de salud. Para poder obtener una contabilización de las revelaciones hechas, usted debe solicitarlo en escrito al Oficial de Privacidad de New River Family Wellness, PLLC. Todas las solicitudes para una contabilización tienen que especificar que periodo de tiempo se esta pidiendo, el cual no pueden haber pasado más de seis (6) años desde que se hizo la revelación y no pueden incluir fechas antes del 14 de abril, 2003. La primera lista que usted pida dentro de un periodo de 12 meses es gratuita, pero nuestro consultorio puede cobrarle si es que pide alguna lista adicional dentro del mismo periodo de 12 meses. Nuestro consultorio le notificara de los costos asociados con cualquier solicitud adicional, y usted puede retraer su solicitud antes de que se le cobre algo. Normalmente tomaremos acción conforme a su solicitud dentro de sesenta (60) días de haberlo solicitado. Se nos es permitido extender el periodo de espera hasta treinta (30) días mas y le notificaremos si necesitamos hacer esta extensión. Puede que temporalmente suspendamos su derecho a recibir una contabilidad de revelaciones de su información de salud si es que es requerido por ley.
- 6. El derecho a ser notificado de una infracción:** Usted tiene el derecho a recibir notificaciones escritas cuando una infracción (según definida por HIPAA) con su IIIHI haya ocurrido. Usted recibirá notificaciones no más de sesenta (60) días desde que la infracción haya sido descubierta.
- 7. El derecho a obtener una copia de este aviso.** Usted tiene el derecho a recibir una copia de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad. Usted puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este aviso, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad.

- 8. El derecho a presentar una queja.** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nuestro consultorio o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestro consultorio, póngase en contacto con:

NEW RIVER FAMILY WELLNESS, PLLC
Atención Oficial de Privacidad
420 East Second Street
West Jefferson, NC 28694

Todas las quejas tienen que ser presentadas por escrito. **No será penalizado por presentar una queja.**

- 9. El Derecho de Proveer y Autorizar Otros Usos y Divulgaciones.** Nuestro consultorio obtendrá su autorización escrita para los usos y divulgaciones que no son identificados en este aviso o permitidos por ley. Cualquier autorización que usted presente para el uso y divulgación de su IIIHI puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Después de que usted retire su autorización, ya no usaremos o divulgaremos su IIIHI por las razones descritas en su autorización. Por favor tome nota: se nos requiere que guardemos los récords de la atención que le brindamos.

Una vez más, si usted tiene preguntas con respecto a este aviso o de nuestras normas de privacidad conforme a su información médica, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad mencionado previamente.

Reconocimiento

Por lo presente yo reconozco que he recibido y leído este Aviso de Privacidad de New River Family Wellness, PLLC. Yo comprendo que puedo solicitar copias adicionales de este aviso en cualquier momento.

Nombre(s) del Paciente(s)

Firma del paciente (o su representante)

Nombre del Representante

Fecha

Parentesco