

ospinamedical

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

En Ospina Medical nosotros estamos comprometidos en mantener la privacidad de su información de salud. Usamos un registro de salud electrónico seguro para almacenar su información y solo usaremos o divulgaremos su información de salud como se describe en este aviso.

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida (IMP), para notificarle de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud y para notificar a las personas afectadas en el caso de infracciones en manejo de información de salud no segura . Nuestros deberes y los derechos del paciente están establecidos completamente en 45 CFR sección 164. Estamos obligados a cumplir con los términos de nuestro aviso que está actualmente en vigor.

1. **Usos y Divulgaciones que podríamos hacer sin autorización por escrito.** Nosotros pudiéramos hacer uso o divulgar su información médica en los siguientes casos:

Tratamiento. Nosotros podemos usar o divulgar su información con el propósito de brindarle tratamiento. Por ejemplo , nosotros podemos divulgar su información de salud a otro médico o proveedor de servicios de salud, entonces él podría tratarlo; para proporcionar recordatorios de citas; o información del proveedor sobre alternativas de tratamiento o servicios que podemos ofrecer.

Pagos. Nosotros podemos usar o divulgar su información para obtener pagos por servicios dados a su persona. Por ejemplo , nosotros podemos divulgar su información a su compañía de seguro o a otros para obtener pago por algún tratamiento.

Actividades de Salud. Nosotros podemos usar o divulgar su información para ciertas actividades que son necesarias para desarrollar nuestra práctica y asegurarnos de que nuestros pacientes reciben un servicio de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información para capacitar o revisar el desempeño de nuestro personal o tomar decisiones que afecten la práctica.

Otros usos o divulgaciones. Nosotros podemos también usar o divulgar su información para cierto propósitos permitidos por el 45 CFR sección 164.512 u otras leyes y reglamentos aplicables , incluyendo las siguientes:

- Para evitar una amenaza grave a su salud o su seguridad o a la salud o seguridad de otros.
- Según lo requiera la ley estatal o federal, como informar abuso, negligencia o ciertos otros eventos.
- Según lo permitan las leyes de compensación para trabajadores para su uso en procedimientos de compensación para trabajadores.
- Para determinadas actividades de salud Pública como ciertas enfermedades de reporte obligado
- Para determinadas actividades de supervisión de la salud pública, como auditorías, investigaciones o acciones de concesión de licencias.
- En respuesta a una orden de la corte, orden judicial o citación en procedimientos judiciales o administrativos.
- Para determinadas funciones gubernamentales especializadas, como las instituciones militares o correccionales.
- Para fines de investigación si se cumplen ciertas condiciones.
- En respuesta a ciertas solicitudes de las fuerzas del orden para localizar a un fugitivo, víctima o testigo, o para informar muertes o ciertos delitos.
- A médicos forenses, directores de funerarias u organizaciones de obtención de órganos, según sea necesario, para permitirles llevar a cabo sus funciones.

ospinamedical

2. **Divulgaciones que podemos hacer a menos que usted se oponga**, A menos que nos indique lo contrario , nosotros podemos divulgar la siguiente información:
 - A un miembro de su familia , amigo, allegado u otra persona que esté envuelta en su cuidado de salud o pago por sus cuidados de salud. Nosotros limitaremos la divulgación de información relevante a personas involucradas en su cuidado de salud o el pago de las mismas.
 - Para **un intercambio de información de salud (IIS)** que permite la divulgación de su historial médico electrónico mediante transferencia electrónica a otras instalaciones y proveedores para los fines de su tratamiento. Su información de salud e información básica de identificación requerida en las visitas a nuestras oficinas pueden ser compartidas con el IIS con el propósito de hacer diagnóstico y tratamiento. Esto incluye información de salud para su continuo cuidado , así como atención proveniente de otros lugares. Otros proveedores de salud pueden participar en el IIS teniendo acceso a su información con fines de tratamiento.
3. **Usos y divulgaciones con su autorización.** Otros usos y divulgaciones no mencionadas en este aviso serán hechas solo con su autorización por escrito, incluyendo aquellas con propósito de mercadeo. Puede revocar su autorización enviando un aviso por escrito a nuestra oficina. La revocación no será efectiva en el caso de que ya se haya efectuado algo basándonos en la autorización.
4. **Sus derechos con respecto a la información médica protegida.** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, debe enviar una solicitud por escrito a la práctica
 - Usted puede solicitar restricciones adicionales en el uso o divulgación de su información para tratamientos , pagos o servicios de cuidado de salud. No estamos obligados a aceptar la restricción solicitada, excepto en la situación limitada en la que usted o alguien en su nombre paga por un artículo o servicio, y usted solicita que la información sobre dicho artículo o servicio no se divulgue a una aseguradora de salud.
 - Normalmente contactamos a los pacientes vía telefónica , correo electrónico y posiblemente vía mensajería de texto. Usted puede solicitar sea contactado por vías alternativas o en diferentes ubicaciones. Aceptaremos solicitudes razonables.
 - Usted puede solicitar y revisar copia de los registros médicos que son usados durante su atención médica y/o el pago de los mismos, incluyendo copia electrónica. Es posible que nosotros hagamos un cobro razonable al emitir este registro. Nosotros podemos negar su solicitud , si determinamos que el mismo puede generar daño a usted o a otros.
 - Usted puede solicitar que su Información médica protegida sea modificada. Nosotros podemos negar su solicitud en algunas circunstancias, por ejemplo si nosotros no hemos creado el registro médico o determinamos que el registro es preciso y completo.
 - Puede recibir un informe de determinadas divulgaciones que se han hecho en su Información médica protegida. Usted puede recibir el primer informe durante los primeros 12 meses sin costo alguno. Nosotros podemos poner un costo razonable por solicitudes posteriores a los primeros 12 meses.
 - Usted puede obtener una copia de esta información si así usted lo desea. Usted tiene el derecho de recibir esta información vía electrónica, si usted está de acuerdo.
5. **Cambios en este aviso.** Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y de hacer que el nuevo aviso sea efectivo para toda la Información médica protegida que mantenemos. Si cambiamos materialmente nuestras prácticas de privacidad, publicaremos una copia del aviso actual en nuestra área de recepción y en nuestro sitio web. Puede obtener una copia del aviso operativo en nuestra práctica.
6. **Reclamos** . Usted puede hacer reclamos a nosotros o a la Secretaría de Salud y Recursos humanos, si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Usted puede presentar una queja de cualquiera de nuestros

ospinamedical

empleados Todas las quejas o reclamos deben ser por escrito. Nosotros no tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

7. **Información de contacto.** Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta información o si desea objetar o quejarse sobre cualquier uso o divulgación o ejercer algún derecho como se explicó anteriormente, comuníquese con:

Ospina Medical
(212) 715-0888
635 Madison Ave. Suite 1301
New York, NY 10022
info@ospinamedical.com

8. **Fecha Efectiva .** Este aviso es efectivo a partir de Enero 6, 2020.

ospinamedical

Aviso de Practicas de Privacidad Reconocimiento

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia del Aviso de practicas de privacidad de Ospina Medcial.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Nombre del Representante (si es aplicable): _____

Firma de Representante: _____