

Apellido: \_\_\_\_\_ Suffix  II  III  IV  Jr  Sr  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre de Pila: \_\_\_\_\_  
 Apodo: \_\_\_\_\_ ¿Que nombre quiere que usemos? \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 # de Teléfono/Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ # del Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo -  Hombre  Mujer

Como se Identifica (18 +) -  Hombre  Mujer  Transgenero Hombre-a-Mujer

Transgenero Mujer-a-Hombre  No Binario  Genero Adicional  No Quiero Responder

Orientación Sexual (18 +) -  Heterosexual  Gay/Lesbiana  Bisexual  No Sé

Otro  No Quiero Contestar

Nombre del Responsable (La persona responsable del pago de la cuenta): \_\_\_\_\_

Relación al/el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del responsable: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

# Telefónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ # Telefónico \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Estado Civil -  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Pareja

Idioma -  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿Necesita un Traductor -  Sí  No. ¿Que tipo de traductor?  De Discapacitación Auditiva  Idioma

Raza -  Afroamericano/a  Blanco/a  Asiatico/a  Indio/Nativo de Alaska  Hawaiano

Otro o Isleño Pacífico  Una o más razas mixtas (Liste la(s) razas) \_\_\_\_\_

Etnicidad -  Hispano/Latino  No

Usted Estudia -  Tiempo Completo  Medio Tiempo  No soy estudiante

Trabajo -  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Cuenta Propia  Jubilado  Desempeado

Yo no tengo seguro y me gustaría solicitar el formulario de descuento pacientil. Por Favor: Solicite y llene por completo el formulario de descuento. Sí necesita ayuda díganos.

¿Sí no tiene seguro, ¿Ha solicitado Medicaid o el Seguro de Atención Médica (ACA)?  Sí  No

Medicaid – ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ACA – ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

*El gobierno necesita datos de ingresos familiares para que podamos obtener fondos federales. Su información personal no se compartira con nadie. Nosotros proporcionamos la información colectivamente como organización. Agradecemos su ayuda. Por favor seleccione el sueldo anual de su familia. Cuantos son de Familia \_\_\_\_\_*

\$0 - \$10,000

\$10,001 - \$20,000

\$20,001 - \$30,000

\$30,001 - \$40,000

\$40,001 - \$50,000

\$50,001 - \$60,000

\$60,001 - \$70,000

\$70,001 - \$80,000

\$80,001 or greater

No Quiero Responder

---

**Dirección (No aceptamos P.O. Box como dirección de correspondencia)**

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

---

**INFORMACION DEMOGRAFICA**

*(Esta información es solo para datos demográficos y se mantendrá confidencial.)*

**Estatus Militar** -  Soy Militar  Veterano  Nunca estuve en el ejército

**Usted renta o es dueño de casa o apartamento?** -  Sí  No **Donde Reside:**  Refugio

Con amigos/familiares  Entre casas  Estoy en la calle  Vivienda de Gobierno

Otro \_\_\_\_\_

**¿Usted o su familia residen en un hogar temporal ya que usted trabaja en la agricultura?**  Sí  No

**En los últimos 2 años, ¿Usted o un miembro de su familia ha trabajado en la agricultura de forma estacional?**  Sí  No

**Registración Electoral** -  Ya estoy registrado  Quisiera registrarme  No estoy interesado en registrarme

**¿Cómo se enteró de Little River Medical Center?** -  Cartelera  Periódico  Amigos/Familiares  Radio

Hospital  Otra Clinica  Televisión  Guía Telefónica  Internet/Web  Redes Sociales

Evento Comunitario  Otra Forma

**¿Le gustaría usar Little River Medical Center como su farmacia principal?**  Sí  No

**Nombre preferido de la farmacia:** \_\_\_\_\_

**Dirección de la farmacia:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono de la farmacia:** \_\_\_\_\_



Reconocimiento de prácticas de privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. El Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto establece:

- nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información personal de salud.
• cómo podemos usar y divulgar la información de salud que conservamos sobre usted.
• sus derechos relacionados con su información personal de salud.
• nuestros derechos a cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
• Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
• las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones no descritos en este Aviso.
• la persona a contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y a obtener nuestro reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de este aviso.

Acuse de recibo del paciente

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente Fecha

Firma del representante del paciente (si procede) Fecha

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente

In lieu of patient signature, I, \_\_\_\_\_, a staff member of Little River Medical Center, stated that \_\_\_\_\_ has been given our current Notice of Privacy Practices.

Date: \_\_\_\_\_

## Little River Medical Center

### AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor/revisión: 15/12/2023

---

#### **ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVISELO CUIDADOSAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso de Practicas de Privacidad ('Aviso'), comuníquese con:

Oficial de Privacidad  
Numero de telefono: 843-663-8002  
P.O. Box 547 Little River, SC 29566

---

#### **Seccion A: ¿Quién seguirá este aviso?**

Este Aviso describe las Practicas de Privacidad de Little River Medical Center (en adelante, el "Proveedor") y las de:

Cualquier miembro de la fuerza laboral autorizado para crear informacion medica conocida como Informacion de Salud Protegida (PHI) que puede usarse para fines tales como Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica. Estos miembros de la fuerza laboral pueden incluir:

- Todos los departamentos y unidades del Proveedor.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios.
- Todos los empleados, personal y otro personal del Proveedor.
- Cualquier entidad que preste servicios bajo la dirección y el control del Proveedor seguirá los terminos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones pueden compartir informacion medica entre ellos para fines de tratamiento, pago o operaciones de atencion medica descritos en este Aviso.

#### **Seccion B: Nuestro compromiso con respecto a la informacion medica**

Entendemos que la informacion medica sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su informacion medica. Creamos un registro de la atencion y los servicios que recibe en el Proveedor. Necesitamos este registro para brindarle una atencion de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los registros de su atencion generados o mantenidos por el Proveedor, ya sea que hayan sido realizados por el personal del Proveedor o por su medico personal.

Este Aviso le informara sobre las formas en que podemos usar y divulgar su informacion medica. Tambien describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgacion de informacion medica.

Estamos obligados por ley a:

- Asegurese de que la informacion medica que lo identifica se mantenga privada;
- Entregarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y practicas de privacidad con respecto a su informacion medica; y
- Siga los terminos del Aviso que esta actualmente en vigor.

## Seccion C: Como podemos usar y divulgar su informacion medica

Las siguientes categorias describen las diferentes formas en que usamos y divulgamos la informacion medica. Para cada categoria de usos o divulgaciones explicaremos a que nos referimos y trataremos de dar algunos ejemplos. No se enumeraren todos los usos o divulgaciones de una categoria. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar informacion caeran dentro de una de las categorias.

- **Tratamiento.** Podemos usar su informacion medica para brindarle tratamiento o servicios medicos. Podemos divulgar informacion medica sobre usted a medicos, enfermeras, tecnicos, estudiantes de atencion medica o otro personal del Proveedor que este involucrado en el cuidado de usted en el Proveedor. Por ejemplo, es posible que un medico que lo trate por una pierna rota necesite saber si tiene diabetes, ya que la diabetes puede retrasar el proceso de curacion. Ademas, es posible que el medico deba decirle al dietista si tiene diabetes para que podamos organizar las comidas adecuadas. Los diferentes departamentos del Proveedor tambien pueden compartir informacion medica sobre usted para coordinar diferentes elementos, como recetas, analisis de laboratorio y radiografias. Tambien podemos divulgar informacion medica sobre usted a personas ajenas al Proveedor que puedan estar involucradas en su atencion medica despues de que deje el Proveedor.
- **Pago.** Podemos usar y divulgar informacion medica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en el Proveedor puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado a usted, a una compania de seguros o a un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud informacion sobre la cirugia que recibio en el Proveedor para que su plan de salud nos pague o le reembolse el procedimiento. Tambien podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento recetado para obtener una aprobacion previa o para determinar si su plan cubrira el tratamiento.
- **Operaciones de atencion medica.** Podemos usar y divulgar su informacion medica para las operaciones del Proveedor. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar el Proveedor y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atencion de calidad. Por ejemplo, podemos usar informacion medica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. Tambien podemos combinar informacion medica sobre muchos pacientes del Proveedor para decidir que servicios adicionales debe ofrecer el Proveedor, que servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. Tambien podemos divulgar informacion a medicos, enfermeras, tecnicos, estudiantes de atencion medica y otro personal del Proveedor con fines de revision y aprendizaje. Tambien podemos combinar la informacion medica que tenemos con la informacion medica de otros proveedores para comparar como nos esta yendo y ver donde podemos hacer mejoras en la atencion y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar la informacion que lo identifica de este conjunto de informacion medica para que otros puedan usarla para estudiar la atencion medica y la prestacion de atencion medica sin conocer la identidad de un paciente.
- **Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar informacion medica para comunicarnos con usted como recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o atencion medica en el Proveedor.
- **Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y divulgar informacion medica para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interes.

- **Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- **Actividades de recaudación de fondos.** Podemos utilizar su información para ponernos en contacto con usted en un esfuerzo por recaudar dinero para el Proveedor y sus operaciones. Es posible que divulguemos información a una fundación relacionada con el Proveedor para que la fundación pueda ponerse en contacto con usted para recaudar dinero para el Proveedor. Solo divulgaríamos información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en el Proveedor. Si no desea que el Proveedor se comuniquen con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, debe notificarnos por escrito y se le dará la oportunidad de "Optar por no participar" de estas comunicaciones.
- **Autorizaciones requeridas**  
No utilizaremos su información médica protegida para ningún propósito que no esté específicamente permitido por las leyes o regulaciones federales o estatales sin su autorización por escrito, esto incluye el uso de su PHI para actividades de marketing o ventas.
- **Emergencias.** Podemos usar o divulgar su información médica si necesita tratamiento de emergencia o si la ley nos exige tratarlo, pero no podemos obtener su consentimiento. Si esto sucede, intentaremos obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de tratarlo.
- **Notas de psicoterapia**  
A las notas de psicoterapia se les otorgan protecciones estrictas bajo varias leyes y regulaciones. Por lo tanto, divulgaremos las notas de psicoterapia solo con su autorización por escrito, con excepciones limitadas.
- **Barreras de comunicación.** Podemos usar y divulgar su información de salud si no podemos obtener su consentimiento debido a barreras de comunicación sustanciales, y creemos que usted querría que lo tratáramos si pudiéramos comunicarnos con usted.
- **Directorio de proveedores.** Es posible que incluyamos cierta información limitada sobre usted en el directorio de proveedores mientras sea paciente del proveedor. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el Proveedor, su condición general (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio, a excepción de su afiliación religiosa, también puede ser divulgada a las personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa puede ser dada a un miembro del clero, como un sacerdote o rabino, incluso si no preguntan por usted por su nombre. Esto es para que su familia, amigos y clérigos puedan visitarlo en el Proveedor y, en general, saber cómo le va.
- **Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.** Podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica y también podemos dar información a alguien que ayude a pagar su atención, a menos que usted se oponga por escrito y nos pida que no proporcionemos esta información a personas específicas. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad que ayude en un esfuerzo de socorro en caso de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

- **Investigacion.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su informacion medica con fines de Investigacion. Por ejemplo, un proyecto de Investigacion puede implicar comparar la salud y la recuperacion de todos los pacientes que recibieron un medicamento con los que recibieron otro, para la misma afeccion. Sin embargo, todos los proyectos de investigacion estan sujetos a un proceso especial de aprobacion. Este proceso evalua un proyecto de investigacion propuesto y su uso de la informacion medica, tratando de equilibrar las necesidades de investigacion con la necesidad de privacidad de los pacientes de su informacion medica. Antes de usar o divulgar informacion medica para investigacion, el proyecto habra sido aprobado a traves de este proceso de aprobacion de investigacion, pero podemos, sin embargo, divulgar informacion medica sobre usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigacion, por ejemplo, para ayudarlos a buscar pacientes con necesidades medicas especificas, siempre y cuando la informacion medica que revisen no salga del Proveedor. Por lo general, casi siempre le pediremos su permiso especifico si el investigador lo desea tener acceso a su nombre, direccion o otra informacion que revele quien es usted o quien participara en su atencion en el Proveedor.
- **Lo exija la ley.** Divulgaremos su informacion medica cuando asi lo exija la ley federal, estatal o local.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar informacion medica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del publico o de otra persona. Cualquier divulgacion, sin embargo, solo seria a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- **Uso del correo electronico.**  
El correo electronico solo se utilizara siguiendo las políticas y practicas actuales de esta Organizacion y con su permiso. Se recomienda el uso de correo electronico seguro y encriptado.

## Seccion D: Situaciones Especiales

- **Donacion de organos y tejidos.** Si usted es un donante de organos, podemos divulgar informacion medica a organizaciones que manejan la obtencion de organos o el trasplante de organos, ojos o tejidos, o a un banco de donacion de organos, segun sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de organos o tejidos.
- **Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar informacion medica sobre usted segun lo requieran las autoridades del comando militar. Tambien podemos divulgar informacion medica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Compensacion de Trabajadores.** Es posible que divulguemos informacion medica sobre usted para programas de compensacion laboral o similares.
- **Riesgos para la salud publica.** Es posible que divulguemos informacion medica sobre usted para actividades de salud publica. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
  - para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
  - informar sobre nacimientos y defunciones;
  - para denunciar el abuso o la negligencia infantil;
  - para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
  - notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando;
  - notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afeccion; y
  - Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia domestica. Solo haremos esta divulgacion



- si usted esta de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.
- **Actividades de supervision de la salud.** Podemos divulgar informacion medica a una agencia de supervision de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervision incluyen, por ejemplo, auditorias, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atencion medica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y disputas.** Si esta involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar informacion medica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Tambien podemos divulgar informacion medica sobre usted en respuesta a una citacion, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la informacion solicitada.
- **Aplicacion de la ley.** Podemos divulgar informacion medica si asi lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:
  - en respuesta a una orden judicial, citacion, orden judicial, citacion o proceso similar;
  - para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
  - sobre la victima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
  - sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
  - sobre la conducta delictiva del Proveedor; y
  - en circunstancias de emergencia, para denunciar un delito; la ubicacion del delito o de las victimas; o la identidad, descripcion o ubicacion de la persona que cometio el delito.
- **Medicos Forenses, Medicos Forenses y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar informacion medica a un medico forense o medico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Tambien podemos divulgar informacion médica sobre los pacientes del Proveedor a los directores de funerarias segun sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
- **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia.** Podemos divulgar informacion medica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Servicios de proteccion para el presidente y otros.** Podemos divulgar informacion medica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar proteccion al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o realizar investigaciones especiales.
- **Internos.** Si usted es un recluso de una institucion correccional o esta bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar informacion medica sobre usted a la institucion correccional o al oficial de la ley. Esta divulgacion seria necesaria para que la institucion le brinde atencion medica, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o para la seguridad de la institucion correccional.



## Seccion E: Sus derechos con respecto a su informacion medica

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la informacion medica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho de acceso, inspeccion y copia.** Usted tiene derecho a tener acceso oportuno para inspeccionar, recibir copias y enviar copias directas a terceros de la informacion medica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atencion, con algunas excepciones. Por lo general, esto incluye registros medicos y de facturacion, pero es posible que no incluya notas de psicoterapia. Si solicita una copia de la informacion, podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envio por correo u otros suministros asociados con su solicitud.
- Podemos denegar su solicitud de inspeccionar, recibir o enviar copias directas de su informacion medica en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la informacion medica, en algunos casos, puede solicitar que se revise la denegacion. Otro profesional de la salud con licencia elegido por el Proveedor revisara su solicitud y la denegacion. La persona que lleve a cabo la revision no sera la persona que rechazo su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revision.
- **Derecho a enmendar.** Si cree que la informacion medica que tenemos sobre usted es incorrecta o esta incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificacion durante el tiempo que la informacion sea conservada por o para el Proveedor. Ademas, debe proporcionar una razon que respalde su solicitud.
- Podemos denegar su solicitud de enmienda si no esta por escrito o no incluye una razon para respaldar la solicitud. Ademas, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos informacion que:
  - No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creo la informacion ya no este disponible para realizar la modificacion;
  - No es parte de la informacion medica mantenida por o para el Proveedor;
  - No es parte de la informacion que se le permitiria inspeccionar y copiar; o
  - Es preciso y completo.
- **Derecho a una rendicion de cuentas de las divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una "Contabilidad de Divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su informacion medica. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no puede ser superior a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en que forma desea la contabilidad (por ejemplo, en papel o electronicamente, si esta disponible). La primera contabilidad que solicite dentro de un periodo de 12 meses sera gratuita. En el caso de listas adicionales, es posible que le cobremos los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restriccion o limitacion de la informacion medica que usamos o divulgamos sobre usted para el pago o las operaciones de atencion medica. Tambien tiene derecho a solicitar un limite en la informacion medica que divulgamos sobre usted a alguien que este involucrado en su atencion o en el pago de su atencion, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podria solicitar que no usemos ni divulguemos informacion sobre una cirugia a la que se sometio. En su solicitud, debe decirnos que informacion desea limitar, si desea limitar nuestro uso, divulgacion o ambos, y a quien desea que se apliquen los limites (por ejemplo, divulgaciones a su conyuge). No estamos obligados a aceptar este tipo de solicitudes. No cumpliremos con ninguna solicitud para restringir el uso o el acceso a su informacion medica con fines de tratamiento.

Tambien tiene derecho a restringir el uso y la divulgacion de su informacion medica sobre un servicio o articulo por el que haya pagado de su bolsillo, para fines de pago (es decir, planes de salud) y operativos (pero no de tratamiento), si ha pagado completamente su factura por este articulo o servicio. No aceptaremos su solicitud de este tipo de restriccion hasta que haya pagado completamente su factura (saldo cero) por este articulo o servicio. No estamos obligados a notificar a otros proveedores de atencion medica sobre estas restricciones, eso es su responsabilidad.

- **Derecho a recibir notificacion de un incumplimiento.** Estamos obligados a notificarle por correo de primera clase o por correo electronico (si ha indicado su preferencia por recibir informacion por correo electronico), de cualquier violacion de la Informacion de Salud Protegida No Asegurada tan pronto como sea posible, pero en cualquier caso, a mas tardar 60 dias despues del descubrimiento de la violacion. "Informacion de salud protegida no asegurada" es informacion que no esta protegida mediante el uso de una tecnologia o metodologia identificada por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para hacer que la informacion de salud protegida sea inutilizable, ilegible e indescifrable para usuarios no autorizados. El aviso debe incluir la siguiente informacion:
  - una breve descripcion de la infraccion, incluida la fecha de la infraccion y la fecha de su descubrimiento, si se conoce;
  - una descripcion del tipo de informacion medica protegida no asegurada involucrada en la infraccion;
  - medidas que debe tomar para protegerse de posibles daños resultantes de la infraccion;
  - una breve descripcion de las acciones que estamos tomando para investigar la infraccion, mitigar las perdidas y protegernos contra nuevas infracciones;
  - informacion de contacto, incluido un numero de telefono gratuito, una direccion de correo electronico, un sitio web o una direccion postal que le permita hacer preguntas u obtener informacion adicional.

En el caso de que la violacion involucre a 10 o mas pacientes cuya informacion de contacto este desactualizada, publicaremos un aviso de la violacion en la pagina de inicio de nuestro sitio web o en los principales medios impresos o de difusion. Si la violacion involucra a mas de 500 pacientes en el estado o jurisdiccion, enviaremos avisos a los principales medios de comunicacion. Si la violacion involucra a mas de 500 pacientes, estamos obligados a notificar inmediatamente al Secretario. Tambien estamos obligados a presentar un informe anual al Secretario de una violacion que involucre a menos de 500 pacientes durante el año y mantendremos un registro escrito de las violaciones que involucren a menos de 500 pacientes.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos medicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o en papel o por correo electronico. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar como o donde desea que nos comuniquemos con usted.
- **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este Aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este Aviso electronicamente, aun tiene derecho a una copia impresa de este Aviso. Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web. <Inserte el enlace del sitio web, si corresponde.>

Para ejercer los derechos anteriores, comuníquese con la persona que figura en la parte superior de este Aviso para obtener una copia del formulario correspondiente que deberá completar para realizar su solicitud.

## **Seccion F: Cambios a este Aviso**

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el Aviso revisado o modificado entre en vigencia para la informacion medica que ya tenemos sobre usted, asi como para cualquier informacion que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual. El Aviso contendra en la primera pagina, en la esquina superior derecha, la fecha de entrada en vigencia. Además, cada vez que se registre o sea admitido por el Proveedor para recibir tratamiento o servicios de atencion medica como paciente hospitalizado o ambulatorio, le ofreceremos una copia del Aviso vigente en vigor.

## **Seccion G: Reclamaciones**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Proveedor o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos;

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

Para presentar una queja ante el Proveedor, comuníquese con la persona que aparece en la primera pagina de este Aviso. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No se le penalizara por presentar una queja.

## **Seccion H: Otros usos de la informacion medica**

Otros usos y divulgaciones de informacion medica que no esten cubiertos por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizaran solo con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su informacion medica, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su informacion medica por las razones cubiertas por su autorizacion por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgacion que ya hayamos realizado con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atencion que le brindamos.

## **Seccion I: Arreglo de Atencion Medica Organizada**

El Proveedor, los miembros contratistas independientes de su personal medico (incluido su medico) y otros proveedores de atencion medica afiliados al Proveedor han acordado, segun lo permita la ley, compartir su informacion de salud entre ellos con fines de tratamiento, pago o operaciones de atencion medica. Esto nos permite abordar mejor sus necesidades de atencion medica.

Fecha de revision: 03 de marzo de 2013, para cumplir con las Reglas de Privacidad

Omnibus de HIPAA. Fecha de entrada en vigor original: 14 de