

## **Información sobre Políticas de Privacidad (NPP)**

**ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y COMPARTIDA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de la Salud (HIPAA; “Act”) de 1996, revisada en 2013, nos obliga como su proveedor de cuidados de la salud, a mantener la privacidad de su información médica protegida, a notificarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y a notificar a los individuos afectados tras el incumplimiento de alguna información de salud no protegida. Estamos obligados a mantener estos registros de su atención médica y a mantener la confidencialidad de estos registros.

Esta Ley también nos permite usar su información para el tratamiento, pago y ciertas operaciones relacionadas a su salud a menos que queden prohibidas por la ley y sin su autorización.

- **Tratamiento:** Podemos compartir su información médica protegida con usted y con nuestro personal o con otros proveedores de atención médica con el fin de que reciba la atención que necesita. Esta incluye información que pueda compartirse con la farmacia con fin de comprar la medicina recetada, un centro de diagnóstico para ayudar con su diagnóstico, o al hospital si necesita ser admitido. Si es necesario que usted reciba este cuidado, podríamos también discutir la información mínima necesaria con sus amigos o miembros de su familia involucrados en su atención a menos que usted exija lo contrario.
- **Pago:** Podemos enviarle información a usted o a su seguro de salud con el fin de recibir el pago por el servicio o producto entregado. Podemos discutir información mínima necesaria con sus amigos o familiares involucrados en el pago a menos que usted exija lo contrario.
- **Las operaciones de salud:** Se nos permite usar o compartir su información médica protegida para capacitar a nuevos trabajadores de la salud, para evaluar los servicios brindados, para mejorar el desarrollo de negocios, o para otras necesidades internas.
- **Estamos obligados a revelar información requerida por la ley,** tales como normas de salud pública, actividades de supervisión de salud, ciertas demandas y aplicación de la ley.

Ciertas formas en las que su información médica protegida puede ser usada o compartida requieren una autorización de usted, tales como: divulgación de notas de psicoterapia, uso o divulgación de su información para la comercialización, divulgaciones o usos que constituyen la venta de información de salud protegida, y cualquier uso o divulgación no descritas en este aviso (NPP). No podemos revelar su información médica protegida a su empleador o a su escuela sin su autorización a menos que sea requerido por la ley. Usted

recibirá una copia de su autorización y podrá revocar la autorización por escrito. Honraremos esta revocación a partir de la fecha en la que recibamos el escrito de revocación firmado.

Usted tiene varios derechos con respecto a su información médica protegida. Cuando usted desee utilizar uno de estos derechos, por favor informe a nuestra oficina para que nosotros podamos darle los formatos correctos para documentar su petición.

- Usted tiene el derecho de acceder a sus registros o de recibir una copia de sus registros, con la excepción de notas de psicoterapia. Su petición debe ser por escrito, y debemos verificar su identidad antes de permitir el acceso solicitado. Estamos obligados a permitir el acceso o proporcionar la copia dentro de 30 días de su petición. Podemos proporcionar la copia a usted o a la persona designada por usted o con una copia en formato electrónico. Podemos cobrarle nuestros costos de fabricación y por proporcionar la copia. Si su solicitud es negada, puede solicitar una revisión de esta negación por medio de un proveedor de servicios médicos con licencia.
- Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en la forma en que su información de salud protegida es utilizada para tratamiento, pago y operaciones de salud. Por ejemplo, usted puede solicitar que cierto amigo o miembro de su familia no reciba acceso a esta información. No estamos obligados a aceptar esta petición, pero si estamos de acuerdo con su petición, estamos obligados a cumplir con la solicitud, excepto en caso de emergencia donde esta restricción podría interferir con su cuidado. Nosotros podemos terminar estas restricciones si es necesario para cumplir con el tratamiento y el pago.
- Estamos obligados a conceder su solicitud de restricción si la restricción solicitada sólo se aplica a la información que fuese sometida a un plan de salud para el pago de un servicio de atención médica o un producto por el cual usted ha pagado en su totalidad independientemente y la restricción no está prohibida por la ley. Por ejemplo, estamos obligados a enviar información a los planes de salud federales y organizaciones de atención médica administrada incluso si usted solicita una restricción. Debemos tener su restricción documentada antes de iniciar el servicio. Algunas excepciones pueden aplicar, así que pida un formato para solicitar la restricción y para obtener información adicional. No estamos obligados a informar a demás grupos cubiertos en esta solicitud, pero no se nos permite usar o compartir la información que ha sido restringida a asociados de negocios que pueden revelar la información a su seguro de salud.
- Usted tiene el derecho a pedir comunicación confidencial. Por ejemplo, usted puede preferir que llamemos a su número de teléfono celular en vez del teléfono de su hogar. Estas solicitudes deben presentarse por escrito, pueden ser revocadas por escrito y deben darnos una forma eficiente de comunicación para que nosotros podamos aceptar. Si la elección alterna incurre en costo adicional, este costo se le cobrará a usted.
- Sus registros médicos son documentos que proporcionan información crucial sobre su tratamiento. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su

expediente médico, pero debe hacer esta solicitud por escrito y entender que no estamos obligados a acceder a esta petición.

- Usted tiene derecho a una contabilidad sobre la revelación de su información. Esto le dirá cómo hemos usado o compartido su información médica protegida. Estamos obligados a informarle sobre infracciones que puedan haber afectado su información médica protegida.
- Usted tiene el derecho a recibir una copia de este aviso, ya sea de forma electrónica o en papel, o ambos.
- Usted tiene el derecho a excluirse de la lista de comunicaciones sobre recaudación de fondos.

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al número siguiente.

Usted tiene derecho a presentar cualquier queja con nosotros o con la Oficina de Derechos Civiles. Nosotros no discriminaremos ni tomaremos represalias de ninguna forma como consecuencia. Para presentar una queja, póngase en contacto con el grupo aplicable:

Oficial de Privacidad

Número Telefónico: 816-923-5800

Número de Fax: 816-922-7682 – Atención: Oficial de Privacidad

**Oficina de Derechos**

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

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer el cambio de información efectivo para toda la información de salud que mantenemos sobre usted, ya sea si es información que recibimos anteriormente o información que podamos recibir en el futuro. Publicaremos una copia de nuestra notificación actual en nuestras instalaciones. Nuestro aviso indicará la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha. También le daremos una copia de nuestra notificación actual si la solicita.