

## AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.  
POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

### CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACION DE SALUD

Este aviso de practica de privacidad describe como nosotros podemos usar y revelar su informacion de salud protegida (PHI) para llevar acabo el tratamiento, pago de operaciones de cuidado de salud, y para los propositos requeridos por la ley. Cualquier informacion acerca de condicion, tratamiento y asuntos personales, y records, sean copias impresas, computarizadas o guardadas en otros medios de comunicacion, deben ser guardadas confidencial. Tal informacion puede ser publicada solamente con la aprobacion de el individuo o cuando sea obligado de conformidad para un proceso legal o cuando sea aplicado por la ley.

### REVELACION DE INFORMACION DE SALUD

Healthworks (HW) se a comprometido a proveer el mejor cuidado de salud posible a nuestros pacientes. Es necesario usar o revelar su informacion protegida de salud (PHI) a varias entidades para proveerle a usted con la mejor calidad de cuidado disponible. Revelaciones seran dadas a proveedores al personal, y otras entidades para el proposito de tratamiento, pagos y operacion de cuidado de salud.

### OTRAS REVELACIONES

Cualquier uso de PHI, aparte de la informacion de revelacion de salud requiere hw de obtener autorizacion oral o escrita de el individuo o su representante. En acuerdo con la regulacion 164.508 (b) (5), el individuo o su representante legal tienen derecho de revocar esta autorizacion en cualquier tiempo; la revocacion de la autorizacion debe ser hecha en escrito excepto a que:

- La clinica a tomado accion; o
- Si la autorizacion fue obtenida como una condicion de obtener cobertura de aseguranza.

### DERECHOS DEL PACIENTE

Pacientes de HW tienen el derecho de pedir restriccion a los usos y revelaciones de la informacion protegida de salud, la cual incluye:

- Uso o revelacion de PHI acerca del individuo para llevar acabo tratamiento, pago o operaciones de cuidado de salud.
- Uso o revelaciones de PHI a miembros de familia, otros parientes, o amigos cercanos de el individuo, o otros individuos, identificados por el individuo.
- HW no esta requerido a aceptar la solicitud a restringir informacion protegida de salud por la regulacion 164.522(ii). nosotros haremos el esfuerzo razonable para acomodar a los deseos de nuestros pacientes basados en nuestra experiencia profesional.
- El individuo puede pedir restricciones en el uso y revelacion de su PHI al:
  - Notificar al personal de HW en escrito si desea limitar la revelacion de su PHI. El individuo tiene el derecho de pedir y recibir comunicaciones acerca PHI de el proveedor por alternativas razonables (fax, correo, y electronicamente) o ubicaciones alternativas (hospitales, oficinas de medicos, oficinas legales). El individuo debe enviar la solicitud para revelacion confidencial en escrito y especificar los medios alternativos de contacto y ubicaciones, usted tiene el derecho.

Esta requerido por la ley que nosotros mantegamos la privacidad de los individuos y que les proveeamos, con este aviso de nuestras practicas y deberes legales con la informacion de salud protegida. Si usted cree que sus derechos han sido violados entoces usted puede archivar una queja al Dept. de Salud y Servicios Humanos de U.S (200 Independence Ave., SW Room 509F, HHH Building, Washington, DE 20201). Si usted tiene objeciones con esta form, por favor hable con el oficial de privacidad en nuestra oficina (307)635-3618.