



Notificación de Prácticas de Privacidad **Pediatric Health Associates Ltd.**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revísela con cuidado.

Esta clínica crea un historial médica de su salud para poder tratarlo/a medicamente, recibir pago por los servicios dados, y para cumplir con ciertas pólizas y leyes. Se exige de nosotros por ley proveer este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Adicionalmente, la ley exige que le preguntemos por su firma en el Reconocimiento recibido con este Aviso.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Información médica también se llama "información médica protegida" o "PHI". Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Tratamiento: Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando y con profesionales referidos por nosotros. Podemos utilizar su PHI para comunicarnos con usted de tratamientos alternativos, o otros beneficios de salud ofrecidos por nosotros. Si tiene usted, un amigo/a o miembro de familia involucrado/a en su salud, podemos compartir con ello/as su PHI.

Facturar por sus servicios: Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Dirigir nuestra organización: Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Requisitos Legales: Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos.

Salud pública y seguridad: Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como prevención de enfermedades, ayuda con el retiro de productos del mercado, informe de reacciones adversas a los medicamentos, informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, y prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Supervisión sanitaria para las actividades: Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren. Como en el caso de funciones gubernamentales especiales y A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.

Responder a demandas y acciones legales: Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación. En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares

Trabajar con un médico forense o director funerario: Trabajar con un médico forense o director funerario

Cumplir con la ley: Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Recaudación de fondos: Nosotros no estamos comprometidos con una actividad de recaudación de fondos o con actividades de marketing y necesitamos su autorización.

Inmunización: Si obtenemos un documento o autorización verbal o por escrito podemos compartir su prueba de inmunización a la escuela de el estudiante.

Marcación automática y contacto electrónico: Yo le autorizo a ti, tus afiliados, socios de negocio y agentes que me contacten al número proveído. Contacto puede ser por llamada automática, mensajes de texto, y voces artificiales o voces pregrabado, para dirigir nuestra organización, finanzas, colecciones y otras actividades de cuenta, encuestas de paciente, y marketing. Yo entiendo que no es un requisito aprobar esta autorización y no es condicional para recibir servicios de salud. Yo puedo revocar la autorización en cualquier tiempo por notificación.

Leyes de Illinois: La ley de Illinois tiene requisitos que gobiernan el uso y divulgación de su PHI. Para poder compartir su información de el tratamiento de su salud mental, información genética, el estado de su AIDS/HIV, y tratamiento de abuso a alcohol o drogas, se le requiere firmar una forma de Autorización a no ser que la ley de el estado nos permita hacer un tipo de uso y divulgación específico sin su autorización.

Sus derechos: Usted tiene ciertos derechos relativo a su PHI dentro las leyes federales y estatales de las siguientes maneras:

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos: Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención. Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Comunicaciones: Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico: Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito.

Solicitar que corrijamos su historial médico: Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito.

Divulciones de finanzas: Tiene el derecho a recibir una divulgación de finanzas que tengamos de su PHI para cosas no relacionadas a su tratamiento, pagos y operaciones de salud, será proveído con su autorización.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad: Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Esta notificación está en todas nuestras oficinas.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos: Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros. No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja. Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.

Autorización: En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito. Propósitos de mercadeo, Venta de su información, La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia. Puede revocar su Autorización por escrito en el tiempo que sea, excepto en la circunstancia que nosotros actuamos en su autorización.

Su información médica está mantenida en un formato electrónico. Un Intercambio de Información Médica le permite a los profesionales el acceso de información clínica de los pacientes de otros profesionales. La clínica participa en dos Intercambios de Información Médica: con Community Connect Health Information Exchange operado por Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago (el "Intercambio"), y CareEverywhere.

- **Community Connect Health Information Exchange.** Nosotros, junto con otros profesionales y grupos en esta área, participa en un intercambio de información médica operado por Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago ("Lurie Children's"). El Intercambio facilita el compartimiento electrónico y intercambio de información médica con respecto a los pacientes entre profesionales que participan en el Intercambio, incluyendo Afiliados de Lurie Children's. Dentro del Intercambio, podemos compartir sus datos demográficos electrónicamente incluyendo número de celular o correo electrónico, historia médica, finanzas, y otra información relacionada a su salud con usted o otros profesionales que participan en el Intercambio y pidan esta información para facilitar o proveer tratamiento, arreglar pago para los servicios de salud, o conducir o administrar la operación de salud.
- **CareEverywhere.** Tenemos un programa llamado CareEverywhere que nos permite intercambiar información de su salud con otros profesionales que tienen el producto CareEverywhere. El intercambio de CareEverywhere facilita el intercambio electrónico de su historia médica o otra información de salud con otros proveedores de servicios de salud que tengan el programa de CareEverywhere. Dentro del programa CareEverywhere podemos divulgar electrónicamente su demografía, historia médica, finanzas, y otra información médica relacionada a su salud con otros proveedores de salud que participan en el Intercambio y pidan esta información para facilitar o proveer tratamiento, arreglar el pago para los servicios de salud, o conducir o administrar la operación de servicios de salud. Debido a nuestra participación en el Intercambio,

su informacion de salud electronico de nuestra clinica puede ser visto a otros proveedores de salud dentro Lurie Children's compartimiento electronico de historia medica. Usted puede optar por no de esta participacion de intercambios como dicho arriba en cualquier momento poniendose en contacto con nosotros. Informacion medica ya compartido no puede ser revocado. Sin embargo, si usted no da consentimiento en compartir su informacion de salud para fines de tratamiento en el intercambio descrito arriba, su informacion medica no sera almacenado en un registro de salud electronico. Copia impresa (papel) registro de salud no sera disponible inmediatamente o transmisible a otros proveedores de salud para fines de tratamiento, incluyendo situaciones de emergencia.

Illinois Registro de Immunizacion: Podemos divulgar informacion relativo a su registro de inmunizacion a el Departamento de Salud Publico Illinois ("IDPH") para inclusion de datos centralizados de registros de inmunizacion de nino/a's. Esta informacion puede ser utilizado por IDPH, proveedores de vacunas publicas, centros de salud de al comunidad, el Centro para el Control y la Prevencion de Enfermedades, o otros proveedores o entidades proveendo servicios de inmunizacion o aprobado por IDPH como necesitando saber el estatus de su salud o inmunizacion. Tal informacion puede ser utilizado por estos destinatarios para: proveerle servicios de inmunizacion, monitorear el estatus de su inmunizacion; promocionar adherencia al calendarion de vacunacion recomendados; asistir en la preparacion de documentacion requerido por la escuela; preparar reportes estadistico en el estatus de inmunizacion de grupos de pacientes en la cual ni usted ni cualquier otro paciente pueda ser individualmente identificado; y de lo contrario monitorear y promocionar su salud y la salud de los nino/a's en general en Illinois. Tienes el derecho para optar por no en la participacion de este registro.

Usted puede optar por no en ciertas provisiones de este Aviso, como indicado aqui, proporcionando un aviso en escrito por separado. Estamos obligados a cumplir con los terminos de el Aviso actualmente en efecto, sin embargo, podemos cambiar este Aviso. Si nosotros cambiamos este Aviso materialmente, usted puede obtener el Aviso revisado en nuestra oficina o nuestro sitio web. Cambios a el Aviso son aplicable a su informacion medica disponible ahora.

Firma de el Padre/Mama/Guardian de el paciente debajo 18 años:

Date:
