

**ADVERTENCIA DE LA PRIVACIDAD DE LA PRÁCTICA  
DE  
WESTERN WAKE PEDIATRICS, PA**

**Fecha de efectividad de esta advertencia: 1/1/2003**

ESTA ADVERTENCIA DESCRIBE COMO SU INFORMACION PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

**Introducción**

En Western Wake Pediatrics,PA., estamos comprometidos a tratar y usar información de salud protegida de usted responsablemente. Esta advertencia de la información de la salud en la práctica, describe la información personal que nosotros colectamos y como y cuando la usamos o revelamos. Esta también describe sus derechos y como se relacionan con su información de salud protegida. Esta advertencia se hace efectiva al 1/1/2003, y aplica a toda la información de salud protegida como se define en las regulaciones federales.

**Entendiendo su historia de salud/Información**

Cada vez que usted visite Western Wake Pediatrics, PA., se hará un historial de su visita. Es típico que el historial contenga sus síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y un plan para el futuro cuidado de su tratamiento. Esta información a menudo es referida como historia médica o de salud y nos sirve como:

- Base para planificar su cuidado y tratamiento,
- Medio de comunicación entre los diferentes profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado,
- Documento legal describiendo el cuidado que recibió,
- Medio por el cual, usted o terceras personas que hacen el pago, pueden verificar que los servicios facturados, fueron en realidad proveídos,
- Una herramienta en la educación de profesionales de la salud,
- Una fuente de datos para la investigación medica,
- Una fuente de información para oficiales de salud publica encargados de mejorar la salud de este estado y de la nación,
- Una fuente de datos para nuestra planificación y mercadotecnia,
- Una herramienta con la cual nosotros podemos estimar y trabajar continuamente para mejorar el cuidado que nosotros prestamos y los resultados alcanzados.

Entendiendo cual es su historial y como la información de su salud es usada, nos ayuda a:

Asegura su precisión, mejor entendimiento de quien, que, cuando, donde y porque otros pueden acceder información de la salud y hacer decisiones mas informadas cuando se autorice la divulgación a otros.

### **Sus derechos a la información de salud**

Aunque su historial de salud es propiedad física de Western Wake Pediatrics, P.A., la información pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia en papel de esta notificación de información de la práctica, cuando sea solicitada.
- Inspeccionar y copiar su historial de salud como es proporcionado en la forma 45 CFR 164.524.
- Enmendar historial de salud como es proporcionado en la forma 45 CFR 164.528,
- Obtener una cuenta divulgación de la información de su salud como es proporcionada en la forma 45 CFR 164.528,
- Requerir comunicación de la información de su salud por medios y/o lugares alternos.
- Requerir restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su salud como es proporcionado en la forma 45 CR 164.522, y
- Revocar su autorización al uso o divulgación de la información de salud, con excepción a la acción que ya ha sido tomada.

### **Nuestras responsabilidades**

Se quiere Western Wake Pediatrics, P.A. a:

- Mantener la privacidad de la información de su salud,
- Proveerle con esta notificación, nuestras obligaciones legales y práctica privada con respecto a la información que colectamos y mantenemos acerca de usted.
- Atenerse a los términos de esta notificación,
- Informarle, si no podemos acordar a la solicitud de restricciones, y
- Acomodar razonablemente la solicitud que usted podría tener para comunicar la información de salud por medios y/o lugares alternos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra práctica y de tomar nuevas disposiciones efectivas en toda la información que mantenemos de salud protegida. Si, nuestra información de la practica cambia, le enviaremos por correo una notificación revisada a la dirección que usted nos proporcione, o, si usted esta de acuerdo, se la enviaremos por correo electrónico.

No usaremos o revelaremos su información de salud, sin su autorización, excepto a como se describe en esta notificación. También descontinuaremos el uso o revelación de su información de salud, después de que hayamos recibido la revocación por escrito de la autorización de acuerdo al procedimiento en la autorización.

## **Para más información o para reportar un problema**

Si usted tiene preguntas y le gustaría tener información adicional, puede llamar al oficial de la práctica privada, Natacha Bueno al (919) 859 – 9991 o al (919) 858 – 4925.

Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, documentar una queja con la oficial de la practica privada, o en la oficina de los derechos civiles, en el departamento de salud y servicios sociales de los Estados Unidos. No habrá represalias por documentar una queja en la oficina de la privacidad y/o en la oficina de los derechos civiles. La dirección de la OCR es la siguiente :

Oficina de derechos civiles  
Departamento de salud y servicios humanos de U.S.  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH building  
Washington, D.C. 20201

## **Ejemplos de divulgación de tratamiento, pago y funciones de salud**

*Nosotros usaremos su información de salud para tratamiento.*

Por ejemplo: La información obtenida por la enfermera, medico, u otro miembro del equipo de cuidado de salud, será anotada en su historial y será usado para determinar el curso del tratamiento que es mejor para usted. Su medico documentara en su historial, las expectativas de los miembros de su equipo. Estos, entonces anotaran las acciones que ellos tomaran y sus observaciones. De esa forma, los médicos sabrán como usted esta respondiendo al tratamiento.

También proporcionaremos a su medico o a subsecuentes proveedores de cuidado de salud con copias de los varios reportes que lo asistirán en el tratamiento una vez que usted sea dado de alta del hospital.

*Usaremos su información de salud para pagos.*

Por ejemplo: La cuenta puede ser enviada a usted o a terceras personas. La información en la cuenta o la que la acompaña, puede incluir información que lo identifica a usted, así como a su diagnóstico y suministros usados.

*Usaremos su información de salud para funciones regulares de salud.*

Por ejemplo: Miembros del personal medico, gerente del mejoramiento de calidad, o miembros del equipo de mejoramiento de calidad, pueden usar información de su historial de salud para evaluar el cuidado y los resultados en su caso y otros parecidos. Esta información entonces será usada como un esfuerzo de mejoramiento continuo y efectivo del cuidado de la salud y servicio que nosotros proporcionamos.

*Asociados de negocios* : Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contactos con asociados de negocios. Ejemplos de estos, incluyen servicios médicos en el departamento de emergencia y radiología, ciertas pruebas de laboratorio, y una copia del servicio que usamos, cuando hacemos las copias de su historia de salud. Cuando estos servicios son contratados, podemos revelar su información de salud a nuestros asociados de negocios para que ellos puedan realizar el trabajo que les hemos solicitado y enviarle la cuenta a usted o a terceras personas por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información de salud, nosotros requerimos que los asociados de negocios salvaguarden apropiadamente su información.

*Directorio*: A menos que, usted nos notifique que se opone, nosotros usaremos su nombre, localización en el edificio, condición general y afiliación religiosa con el propósito de mantener un directorio. Esta información puede ser proporcionada, a miembros del clero y con excepción de la afiliación religiosa, a otras personas quienes pregunten por usted mediante su nombre.

*Notificación*: Nosotros podemos usar y divulgar información para notificar o asistir en la notificación a miembros de familia, representante personal, u otras personas responsables de su cuidado, su localización y condición general.

*Comunicación con la familia*: Profesionales de salud, usando su mejor juicio, pueden revelar a miembros de familia, otros familiares, amigos cercanos o a cualquier otra persona; su identidad, información de salud relevante al involucramiento de la persona a su cuidado o para pagos relacionados con su cuidado.

*Investigación*: Nosotros podemos revelar información a investigadores clínicos, cuando su investigación ha sido aprobada por un consejo de revisión institucional, que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información de salud.

*Agencias Funerarias*: Podemos revelar información de salud, a agencias funerarias en regla con la ley para realizar sus funciones.

*Organizaciones para la obtención de órganos*: Consistente con la ley, nosotros podemos revelar información de la salud a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades comprometidas en la obtención, almacenaje o transplante de órganos con propósitos de donación de tejidos y transplante.

*Mercadotecnia*: Podemos llamarlo para darle un recordatorio de su cita o información acerca de sus alternativas de tratamiento o para otros beneficios relacionados con salud y servicios que pueden ser de interés para usted.

*Recaudación de fondos*: Lo podemos contactar como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos.

*Administración de alimentos y drogas (FDA):* podemos revelar a la (FDA) información de salud relacionada con casos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y productos defectuosos, vigilancia postal de mercadotecnia que permite retirar del mercado, reparar o reemplazar.

*Compensación a trabajadores:* Podemos revelar información de salud, hasta el punto autorizado y necesario, para hacer cumplir la ley relacionada con compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

*Salud Pública:* Como es requerido por ley, revelaremos su información a salud pública o a autoridades legales encargadas de prevenir y controlar enfermedades, lesiones o incapacidades.

*Cumplimiento de la ley:* Revelaremos información de salud con el propósito de cumplir con la ley, como es requerido por ley o en respuesta a una citación válida.

Las leyes federales estipulan que la información de salud sea revelada a una agencia apropiada de revisión de salud, a la autoridad de salud pública o a un abogado, siempre que un miembro de la fuerza de trabajo o asociado de negocios crea de buena fe, que nosotros estamos comprometidos en una conducta ilegal o de lo contrario hayamos violado estándares clínicos y profesionales y que potencialmente ponen en peligro a uno o mas pacientes, trabajadores o al público en general.

**ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE LA PRÁCTICA PRIVADA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Si la firma no es la del paciente, indique abajo, la relación de la persona que esta firmando por el paciente (Por ejemplo: padres, miembro de familia, tutor, familiar cercano o fiador):

\_\_\_\_\_

Si el paciente, o el representante personal del paciente no firman, indique la razón del porque la firma no pudo ser obtenida.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del miembro del personal de la práctica.