

# Prosthetic & Orthotics Associates

---

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

**EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE UTILIZA Y DIVULGA LA INFORMACIÓN SOBRE DE SALUD Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A LA MISMA.**

**LE ROGAMOS LEERLO ATENTAMENTE. LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS**

---

### NUESTRA OBLIGACIÓN LEGAL

La legislación federal y estatal aplicable nos exige conservar la privacidad de los datos sobre su salud. Asimismo, estamos obligados a proporcionarle el presente Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos respecto de la información sobre su salud. Durante el período de validez de este documento, debemos cumplir con las prácticas de privacidad aquí descritas. Este Aviso entra en vigor el 14 de abril de 2003 y tendrá vigencia hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichas modificaciones estén contempladas por la legislación aplicable. Nos reservamos el derecho efectuar cambios en nuestras prácticas de privacidad y en los nuevos términos de nuestro Aviso vigente respecto de toda la información de salud que conservamos, incluyendo la información de salud que generamos o recibimos antes de efectuar las modificaciones. Antes de realizar una modificación significativa de nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos el presente Aviso, y el nuevo Aviso estará disponible a pedido.

Usted podrá solicitar una copia del Aviso en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre las prácticas de privacidad o copias adicionales del presente Aviso, le rogamos que utilice los datos mencionados al final del presente para ponerse en contacto con nosotros.

---

### USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Utilizamos y divulgamos su información de salud para efectuar tratamientos, pagos y operaciones relacionadas con el cuidado de su salud. Por ejemplo:

**Tratamientos y alternativas de tratamientos:** podemos usar o revelar información sobre su salud a un médico u otro proveedor de cuidados de salud que le brinde tratamiento y para proporcionarle a usted alternativas o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Pago:** podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para obtener los pagos de los servicios que le proporcionamos.

**Operaciones de cuidados de salud:** podemos utilizar y divulgar datos sobre su salud en relación con nuestras operaciones de cuidados de salud. Las operaciones de cuidados de salud incluyen las evaluaciones de calidad y las actividades de mejora, las revisiones de las competencias y las aptitudes de los profesionales de cuidados de salud, las evaluaciones de desempeño de los clínicos y los proveedores, la realización de programas de capacitación, las acreditaciones, las certificaciones, las actividades relacionadas con las licencias o las verificaciones, las planillas administrativas de inscripciones y la venta o fusión de la práctica.

**Su autorización:** además de utilizar los datos sobre su salud para efectuar tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de salud, usted puede otorgarnos una autorización por escrito en la que nos permita utilizar la información sobre su salud o entregarla a cualquier persona para cualquier fin. Si nos otorga una autorización, podrá revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará el uso o la divulgación permitidos por su autorización mientras ésta tenga vigencia. Si no nos proporciona una autorización por escrito, no podemos utilizar o divulgar la información sobre su salud para ningún fin excepto aquellos mencionados en el presente Aviso.

**A sus familiares y amigos:** debemos entregarle los datos sobre su salud a usted, según se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Únicamente si usted lo acepta, podemos entregar información sobre su salud a un familiar, un amigo u otra persona, en la medida en que resulte necesario para ayudarlo a usted con sus cuidados de salud o con los pagos de los mismos.

**Personas que participan en la atención:** podemos utilizar o divulgar datos sobre su salud para notificar o ayudar a notificar (incluyendo la identificación o ubicación) a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado o de su ubicación, sobre su condición general o su fallecimiento. Si usted está presente, le daremos la oportunidad de oponerse antes de que utilicemos o proporcionemos información sobre su salud. En caso de que estuviera incapacitado o en circunstancias de emergencia, divulgaremos la información sobre su salud en base a una decisión tomada utilizando nuestro juicio profesional. En dichas circunstancias, daremos a conocer únicamente la información que sea directamente relevante según el nivel de participación de la persona en cuestión en el cuidado de su salud. Asimismo, utilizaremos nuestro juicio profesional y experiencia en esta práctica para inferir razonablemente qué es lo más conveniente para usted, para permitir que una persona retire los medicamentos comprados bajo receta, los insumos médicos, las radiografías o cualquier otro material similar que contenga información sobre su salud.

**Comercialización de los servicios relacionados con la salud:** no utilizaremos información sobre su salud para campañas publicitarias sin su autorización por escrito.

**Asociados:** Podemos revelar la información de salud a nuestros socios de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporciona servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra compañía para realizar la facturación de servicios en nuestro nombre. Todos nuestros socios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información que como se especifica en el contrato.

**Exigencias legales:** podemos utilizar o divulgar la información sobre su salud si lo exige la ley. Esto incluye a autoridades de salud pública, personas que pueden haber estado expuestas a enfermedades contagiosas, agencias de supervisión sanitaria, individuos o compañías según lo dispuesto por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration), durante el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, organismos de seguridad, funcionarios forenses, encargados de funerales e inspectores médicos.

**Maltrato o abandono:** podemos entregar información sobre su salud a las autoridades pertinentes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de maltrato, abandono o violencia familiar o de otros delitos. Podemos divulgar datos sobre su salud en la medida necesaria para impedir una amenaza seria contra su salud o su seguridad o contra la salud o la seguridad de terceros.

**Seguridad nacional:** en determinadas circunstancias, podemos revelar a autoridades militares, información de salud del personal de las Fuerzas Armadas. Podemos entregar a los funcionarios federales autorizados, los datos de salud requeridos para la ejecución de tareas lícitas de inteligencia y contrainteligencia y de otras actividades de seguridad nacional. En determinadas circunstancias, podemos entregar información a un funcionario de una institución penitenciaria o de las fuerzas de seguridad que tenga la custodia legítima de la información protegida de salud de un detenido o de un paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** podemos utilizar y divulgar información sobre su salud al enviarle los recordatorios de citas (como, por ejemplo, los mensajes de voz, las tarjetas postales o las cartas).

**Investigación:** podemos utilizar o divulgar datos sobre su salud a investigadores si sus investigaciones fueron aprobadas por una junta institucional de revisión que haya examinado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información.

**Finalidad de Notificación violación de datos:** Podemos utilizar o divulgar su infamación medica protegida para proporcionar legalmente requeridos avisos de no autorizado acceso o divulgación de su información medica.

---

## DERECHOS DEL PACIENTE

**Acceso:** usted tiene derecho a observar u obtener copias de los datos sobre su salud, con ciertas excepciones. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto de las fotocopias. Emplearemos el formato que solicitó salvo que no nos resulte posible hacerlo. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a la información sobre su salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso si utiliza la información de contacto mencionada al final del presente Aviso. Le cobraremos un precio razonable para cubrir los costos, como los gastos de las copias y del tiempo de trabajo del personal. Además, puede solicitar acceso enviando una carta a la dirección mencionada al final del presente Aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$1.00 por página, \$17.00 por hora de trabajo del personal destinado a buscar y a fotocopiar la información sobre su salud, además del costo de franqueo si necesita que se las enviemos por correo. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos un precio en base a los costos por la entrega de la información sobre su salud en dicho formato. Si lo prefiere, le prepararemos un resumen o una explicación de la información sobre su salud a cambio del pago de un precio determinado. Si desea obtener una explicación detallada de nuestra estructura de precios, contáctenos por medio de la información mencionada al final del presente Aviso.

**Justificación de la divulgación:** usted tiene derecho a recibir una nómina de los casos en los que la información sobre su salud fue divulgada por nosotros o nuestros socios comerciales con fines distintos de la realización de tratamientos, pagos, operaciones de cuidados de salud y otras actividades determinadas, durante los últimos 6 años, pero no con anterioridad al 14 de abril de 2003. Si solicita dicha justificación más de una vez dentro de un período de 12 meses, es posible que le cobremos un precio razonable en base a los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

**Restricción:** usted tiene derecho a solicitar la imposición de restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación que hagamos de la información sobre su salud. No se nos exige aceptar dichas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, estaremos obligados por dicho acuerdo (excepto en una emergencia).

**Comunicación alternativa:** usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted respecto de la información sobre su salud por medios alternativos o a lugares alternativos. Debe presentar la solicitud por escrito. Ésta debe detallar los medios o el lugar alternativos que solicita.

**Modificación:** usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos la información sobre su salud. Debe presentar su solicitud por escrito explicando por qué se debe modificar la información. En determinadas circunstancias, podemos rechazar su solicitud.

**Aviso electrónico:** si recibe el presente Aviso a través de nuestra página de Internet o por medio de un correo electrónico, tiene derecho a recibirlo por escrito.

**Derecho a recibir notificación de incumplimiento:** Usted tiene el derecho de ser notificado en un incumplimiento de cualquiera de los quirografarios infamación de salud protegida.

---

## PREGUNTAS Y RECLAMOS

Si usted desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene alguna pregunta o consulta. Si considera que hemos violado sus derechos de privacidad, puede efectuar un reclamo ante nuestra organización o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Para presentar un reclamo en nuestra organización, por favor contactar a Julie Palmer Tel: 845-956-0001, Fax: 845-344-6829, Email: [julie@poaprosthetics.com](mailto:julie@poaprosthetics.com), 4 Riverside Drive, Middletown, NY 10941. Todo los reclamos deben hacerse por escrito. Usted no se le penalizara por presentar una queja.