**Omni Women’s Health Medical Group**

**INFORMACIÓN DE ADVERTENCIA SOBRE PRÁCTICAS PRIVADAS**

Omni Women’s Health Medical Group, Inc. comprende que todo tipo de información médica es personal, por lo que nos comprometemos a salvaguardar su privacidad. Por favor lea la siguiente información de advertencia sobre prácticas privadas con atención. Para consultas o dudas por favor póngase en contacto con nuestro personal o con la oficina de administración.

Entrada en vigor: 1 de abril de 2003. Actualizado: 1 de septiembre de 2013

**DIRECTIVO ENCARGADO DE LA PRIVACIDAD**: Joanne Hurado; 3812 N First St; Fresno CA 93726. (559) 495-3120. FAX (559) 441-4271. Dirección de correo electrónico: joanneh@omniwomenshealth.com

**Sobre esta información de advertencia**

Es exigible por ley que nuestra empresa procure la privacidad de la Información Médica Privada (PHI, por sus siglas en inglés) y que otorguemos este documento en el que se explica de qué manera protegemos su privacidad. Usted posee derechos –y nosotros nuestras obligaciones legales- que protegen su Información Médica Privada (PHI). En este documento también encontrará detallados cuáles son sus derechos y nuestras obligaciones. Nosotros estamos obligados a actuar según lo que diga la versión actualizada de este documento.

**¿Qué significa Información Médica Privada?**

El término “Información Médica Privada” hace referencia a la información que lo identifica individualmente y que nosotros poseemos u obtenemos tanto de usted como de otros prestadores médicos, planes de salud, empleadores, o centros de intercambio de información médica que se relaciona con (1) su condición física o mental en el pasado, presente o futuro, (2) la asistencia médica que le hemos prestado o (3) los pagos pasados, presentes o futuros de su seguro médico.

**¿De qué maneras podremos utilizar y dar a conocer su Información Médica Privada (PHI)?**

Podremos utilizar o dar a conocer su Información Médica Privada en las siguientes circunstancias:

* **Para llevar a cabo tratamientos.** Podremos utilizar o dar a conocer su PHI para ofrecerle tratamientos o servicios médicos y para administrar y coordinar su atención médica. Por ejemplo, cualquier médico o prestador médico (como especialistas o laboratorios) a quien usted se haya referido, conocerá su PHI para asegurarse que éste cuente con la información necesaria como para poder realizar un diagnóstico, tratarlo u ofrecerle un servicio médico.
* **Para realizar pagos.** Podremos utilizar y dar a conocer su PHI para facturar los servicios o tratamientos que usted ha recibido de nosotros y, así, poder cobrar el dinero ya sea de usted, de un plan de salud o de una tercera parte. La información también podrá ser utilizada para ciertas acciones que su plan de seguro médico deberá llevar a cabo antes de aprobar o pagar los servicios médicos que nosotros le hemos recomendado, como por ejemplo para decidir si es elegible, si debe recibir los beneficios del seguro, si debe revisar los servicios considerados necesarios, o si debe llevar a cabo actividades de revisión.
* **Para realizar operaciones relacionadas con su cuidado médico.** Podremos utilizar y dar a conocer su PHI para revisar intencionalmente la calidad del tratamiento y los servicios que recibió y para evaluar la actuación de los miembros de nuestro equipo con respecto a su cuidado. También podremos dar a conocer su información a médicos, enfermeros, técnicos médicos, estudiantes de medicina u otro personal autorizado para propósitos educativos y de aprendizaje.
* **Recordatorios de citas/Alternativas de tratamientos/Servicios y beneficios relacionados con la salud**. Nosotros podremos utilizar y dar a conocer su PHI para contactarlo o recordarle que posee una cita de atención médica, para informarle sobre un posibles tratamiento a realizar, o bien para comunicarle beneficios y servicios relacionados con su cuidado médico que podrían interesarle.
* **Investigación**. Podremos utilizar y dar a conocer su PHI por motivos de investigación, pero únicamente cuando ésta haya sido aprobada especialmente por una junta autorizada para la revisión de investigaciones o una junta analizadora de cuestiones de privacidad que haya estudiado los propósitos de la investigación y haya creado protocolos para asegurar que su privacidad no sea vulnerada. Incluso sin que se haya obtenido esta aprobación especial, podremos permitir a los investigadores que revisen su PHI para colaborar con su investigación. Les permitiríamos, por ejemplo, identificar los pacientes que podrían participar de su investigación, siempre que no remuevan ni tomen copias de ninguna PHI. Podremos utilizar y dar a conocer para la investigación una cantidad limitada de información siempre que no usted no pueda ser identificado. Solo proveeremos información cuando se firme un acuerdo de utilización de datos con el beneficiario, quien deberá aceptar: (1) utilizar la información solo para los propósitos que fueron provistos, (2) asegurar la confidencialidad y la seguridad de la información, y (3) no utilizar la información para contactar a la persona.
* **Cuando lo demande la ley**. Revelaremos información sobre usted cuando alguna ley local, estatal, federal, o internacional así lo demande.
* **Para prevenir una seria amenaza a su salud o seguridad.** Podremos utilizar o dar a conocer su PHI cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza a su seguridad o a su salud, o bien a la seguridad o salud de otros. Sin embargo, solo proveeremos información a quien tenga la capacidad de prevenir dicha amenaza.
* **Colaboradores**. Solo revelaremos su PHI a los colaboradores que trabajan para nosotros o que proveen servicios para nosotros en caso de que sea necesario contar con dicha información para realizar dichas funciones. Por ejemplo, podremos utilizar los servicios de otra compañía para llevar a cabo nuestras finanzas, o para obtener servicios de transcripción o consultoría. Todos nuestros colaboradores están obligados por contrato a proteger la privacidad y procurar la seguridad de su PHI.
* **Militares y veteranos**. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podremos proveer información cuando así lo demanden las autoridades militares. También revelaremos PHI a las autoridades militares extranjeras correspondientes en caso que usted sea miembro de ellas.
* **Seguros del trabajador**. Podremos utilizar o dar a conocer información para los seguros de trabajadores o programas similares que ofrecen beneficios en caso haber sido herido o haberse enfermado en o por el trabajo.
* **Riesgos de salud pública**. Podremos dar a conocer su PHI en actividades de salud pública. Esto incluye proveer información: (1) a una persona sujeta a la jurisdicciones de la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés) con el fin de asegurar la calidad, seguridad, y efectividad de un producto o actividad regulado por dicha agencia; (2) para prevenir o controlar una enfermedad, herida o discapacidad; (3) para informar sobre nacimientos o muertes; (4) para denunciar abuso o abandono infantil; (5) para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos; (6) para notificar a las personas sobre la retirada de un producto que podrían estar utilizando; y (7) a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o a un riesgo por haber contraído o contagiado una enfermedad o condición.
* **Abuso, abandono o violencia doméstica**. Podremos dar a conocer su PHI a la autoridad de gobierno correspondiente cuando consideremos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica, siempre que el paciente esté de acuerdo o que la ley nos lo exija o nos lo permita.
* **Actividades de control de salud**. Podremos dar a conocer su PHI a una agencia de control de salud que lleve a cabo actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de control incluyen, por ejemplo, audiciones, investigaciones, inspecciones, autorizaciones o actividades similares que son necesarias para controlar el sistema de salud, los programas gubernamentales, y el cumplimiento de las leyes de derecho civil.
* **Notificación de filtración de datos.** Podremos utilizar o dar a conocer información para notificar legalmente el acceso o la provisión de información médica de manera no autorizada.
* **Demandas y disputas.** Si usted se encontrara involucrado en una demanda o una disputa, nosotros podremos revelar información a un juzgado o a cualquier orden administrativo. También podremos revelar su PHI en respuesta a un pedido de presentación de pruebas, o cualquier otro proceso legal de alguien que esté involucrado en la disputa, pero solo cuando se hayan agotado todos los recursos para informarle sobre el pedido o para obtener una orden que proteja la información requerida. También podremos utilizar o dar a conocer su PHI para defendernos en caso de demanda judicial.
* **Cumplimiento de la ley**. Podremos dar a conocer su PHI para el cumplimiento de la ley siempre que los requisitos legales exigibles sean cumplidos.
* **Actividad militar y seguridad nacional**. Si usted estuviera involucrado en actividades militares, de seguridad nacional o de inteligencia, o si fuera parte de la custodia de cumplimiento de la ley, podremos dar a conocer su PHI a los agentes autorizados para que puedan llevar a cabo sus tareas.
* **Médicos forenses, examinadores y funerarias.** Podremos dar a conocer información a un médico forense, médico examinador, o funeraria para que lleven adelante sus tareas.
* **Reclusos**. Si usted es recluso o se encuentra en una institución correccional o bajo custodia legal, podremos dar a conocer su PHI a la institución correccional o al agente de custodia cuando la información sea necesaria para: (1) que la institución le provea servicios médicos; (2) para proteger su salud y seguridad o la de otros; o (3) para procurar la seguridad de la institución correccional.

**Casos en los que usted deberá tener la posibilidad de optar por negar la divulgación de información**

* **Personas involucradas en su cuidado o el pago de su cuidado.** A menos que usted objete lo contrario, podremos proveer su PHI a algún miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, siempre que ésta esté involucrada en su cuidado médico.Si usted no pudiera aceptar o negar dicha revelación de información, nosotros la proveeremos cuando consideremos que, según nuestro juicio profesional, es para su beneficio.
* **Organizaciones de ayuda en caso de catástrofes**. Podremos dar a conocer su PHI a organizaciones de ayuda en caso de catástrofes para que éstas organicen su atención médica o bien notifiquen a sus familiares o amigos de su ubicación y su estado. Le ofreceremos la oportunidad de aceptar o negar dicha revelación de información siempre que podamos hacerlo.
* **Actividades para recaudar fondos**. Podremos utilizar o divulgar su PHI cuando sea necesario para contactarlo e informarlo sobre actividades para recaudar fondos. Usted tiene el derecho a optar por no recibir información sobre recaudación de fondos.

**Su autorización escrita es necesaria para otros usos y divulgaciones**

Los siguientes usos y divulgaciones de su PHI solamente podrán realizarse con su autorización escrita:

1. Usos y divulgaciones de Información Médica Privada para fines comerciales; y
2. Divulgaciones que signifiquen la venta de su Información Médica Privada.

Otros usos y divulgaciones de PHI no incluidos en este documento o en las leyes aplicables solo podrán realizarse con su autorización escrita. Si usted nos provee una autorización, puede dejarla sin efecto cuando desee, presentando una revocación escrita a nuestra Oficina de Privacidad. De esta manera, ya no divulgaremos su PHI bajo la primera autorización. Sin embargo, la información que hayamos podido divulgar, con su autorización, antes de que la revoque, no se verá afectada por la revocación.

**Sus derechos sobre su Información Médica Privada**

Usted tiene los siguientes derechos, sujetos a ciertas limitaciones, sobre su Información Médica Privada:

* **Derecho a examinar y copiar**. Usted tiene el derecho a examinar y copiar la PHI que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado o pago por su atención. Tenemos hasta 30 días para proporcionarle su PHI y podremos cobrarle un precio razonable para los gastos en copias, envíos y otros suministros relacionados con su pedido. Podremos no cobrarle si usted necesita la información para una demanda de beneficios según la Ley de Seguridad Social o cualquier otro programa de beneficios basado en las necesidades, ya sea federal o estatal. Podremos rechazar su pedido en ciertas circunstancias. En el caso de que lo hagamos, usted tiene derecho a que un profesional de la salud matriculado, que no haya estado directamente involucrado en la negación de su pedido, revise el rechazo y nosotros cumpliremos con el resultado de dicha revisión.
* **Derecho a recibir un resumen o una explicación.** También podremos proveerle un resumen de su PHI, en vez del registro completo, o una explicación de la PHI que se le ha provisto, siempre que usted esté de acuerdo con esta forma alternativa y pague los gastos asociados a ella.

Derecho a recibir una copia electrónica de su historia médica electrónica. Si su PHI está guardada en un formato electrónico (llamada historia médica electrónica), usted tiene el derecho a pedir que le provean una copia electrónica de su historia a usted o que se la envíen a otro individuo o entidad. Haremos lo posible para permitirle el acceso a su PHI en la forma o formato que usted desee, siempre que la información pueda reproducirse en dicha forma o formato. Si la PHI no puede reproducirse en la forma o formato que usted desea, le proveeremos su historia médica en nuestro formato electrónico estándar o, si usted no lo desea de esa forma, en una copia en papel legible. Podremos cobrarle un precio razonable basado en los costos para la tarea asociada a la transmisión de la historia médica electrónica.

* **Derecho a ser notificado sobre un incumplimiento.** Usted tiene el derecho a ser notificado sobre un incumplimiento de cualquier PHI no asegurada.
* **Derecho a solicitar enmiendas.** Si usted siente que la PHI que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que corrijamos dicha información. Una solicitud de enmienda debe realizarse por escrito y enviarse a la dirección provista de la Oficina de Privacidad; además, debe especificar el motivo de su pedido. En ciertos casos, podremos rechazar su solicitud de enmienda. En tal caso, usted tendrá el derecho a presentar una declaración de inconformidad con nosotros; consecuentemente, nosotros podremos preparar una impugnación de su declaración y ofrecerle una copia de ella.
* **Derecho a solicitar una justificación de la divulgación.** Usted tiene el derecho a solicitar una “justificación de la divulgación”, que consiste en una lista de todas las divulgaciones que se hayan hecho con objetivos que no sean tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de la salud, tal como se describen en este documento. Esto excluye a las divulgaciones que le hayamos hecho a usted, para realizar un directorio de residentes, a los miembros de su familia o amigos involucrados en su cuidado, o que hayan tenido fines de notificación. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones. Además, las limitaciones son diferentes para historias médicas electrónicas. Para solicitudes adicionales dentro del mismo periodo, podremos cobrarle los costos razonables por proveerle la justificación. Le informaremos cuánto es el monto a pagar y usted podrá decidir entre retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en gastos.
* **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación de la Información Médica Privada que utilizamos o revelamos para el tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de su salud. También tiene el derecho a solicitar un límite de la PHI que divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en el pago de su cuidado, tal como un miembro de su familia o un amigo. Para solicitar una restricción sobre quién tiene acceso a su PHI, debe presentar una solicitud escrita a la Oficina de Privacidad. Su solicitud debe especificar la restricción que solicita y a quien quiere que se le aplique esa restricción. No tenemos la obligación de estar de acuerdo con su solicitud, a menos que nos solicite que restrinjamos el uso y divulgación de su PHI a un plan de salud para fines de pago u operación de cuidado de su salud y que dicha información que desea restringir pertenezca solamente a un elemento o servicio del cuidado de la salud por el cual nos haya pagado extra. Si estamos de acuerdo con la restricción solicitada, no podremos utilizar o divulgar su PHI, violando su restricción, a menos que sea necesario para proveer un tratamiento de emergencia.
* **Pagos extra**. Si usted ha pagado extra (o, en otras palabras, ha solicitado que no le facturemos su plan de salud) por un elemento o servicio específico, tiene el derecho a solicitar que su PHI relacionada a tal elemento o servicio no se divulgue a un plan de salud para fines de pago u operaciones del cuidado de su salud, y nosotros respetaremos dicha solicitud.
* **Derecho a solicitar comunicados confidenciales.** Usted tiene el derecho a solicitar que lo informemos solo de ciertas formas para preservar su privacidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que lo contactemos por correo a una dirección de correo específica o que lo llamemos solo a su número de teléfono del trabajo. Dicha solicitud debe realizarla por escrito y debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos. Nosotros nos adaptaremos a todas las solicitudes que sean razonables y no le cuestionaremos el motivo de su solicitud.
* **Derecho a tener una copia en papel del presente documento.** Usted tiene el derecho a tener una copia en papel de este documento, aun si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Puede solicitar una copia de este documento en cualquier momento que la desee.

**Cómo ejercer sus derechos**

Para ejercer sus derechos descriptos en este documento, envíe su solicitud por escrito a la dirección de la Oficina de Privacidad mencionada al comienzo del documento. Podremos pedirle que llene un formulario que le proveeremos. Para ejercer su derecho a examinar y copiar su PHI, también debe contactar a su médico directamente. Para obtener una copia en papel de este documento, contacte a nuestra Oficina de Privacidad por teléfono o correo.

**Modificaciones del presente documento**

Nos reservamos el derecho a modificar el presente documento. Nos reservamos el derecho a hacer efectivo el documento modificado para la Información Médica Privada que tengamos hasta el momento y para Información Médica Privada que creemos o recibamos en el futuro. Se publicará una copia del documento actual en nuestra oficina y sitio web.

**Denuncias**

Usted puede presentarnos una denuncia a nosotros o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si cree que sus derechos a la privacidad han sido violados.

Para presentarnos una denuncia, contacte a nuestra Oficina de Privacidad en la dirección mencionada al comienzo de este documento. Todas las denuncias deben realizarse por escrito y presentarse dentro de los 180 días desde que supo o debería haber sabido de la supuesta violación. No se tomarán represalias contra usted por presentar una denuncia.

Para presentarle una denuncia al Secretario, envíela por correo a: Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201. Llame al (202) 619-0257 (o hágalo gratis al (877) 696-6775) o diríjase al sitio web de la Oficina para Derechos Civiles, [www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/), para obtener más información. No se tomarán represalias contra usted por presentar una denuncia.