



## Aviso de practicas de privacidad

Este aviso describe como se puede usar y divulgar su informacion medica y como puede obtener acceso a esta informacion. Par favor lea cuidadosamente.

Defin iciones: puede ver u oir nuevos terminos en relacion con este Aviso. Algunos de los terminos que puede escuchar y sus definiciones son:

1. **Informacion de sal ud protegida o PHI:** su informacion de salud personal y protegida que ut ilizamos para prestarle atencion y facturar por los servicios prestados.
2. **Oficial de privacidad:** la persona en la clinica que tiene la responsabilidad de desarrollar e implementar todas las polfticas y procedimientos relacionados con su **PHI** y recibir e investigar cualquier queja que pueda ten er sobre el uso y la divulgacion de su **PHI**.
3. **Asociado Comercial:** una persona o empresa independiente de la clinica que trabaja para la clinica para ayudar a brindar servicios a la clinica y / o a usted.
4. **Autorizacion:** Obtendremos su autorizacion, dandonos permiso para usar o divulgar su PHI para fines distintos a su tratamiento, para obtener el pago de sus facturas y para las operaciones de atencion medica de esta clinica.

Fairfax Medical Facilities, Inc. crea registros de la atencion y los servicios que recibe. Sus registros medicos y la informacion de facturacion se crean y conservan sistematicamente en una variedad de medios que pueden incluir computadoras, papel y peliculas. Esta informacion es accesible para el personal de la clinica y los miembros del personal medico. Se han establecido las medidas de seguridad adecuadas para desalentar el uso o el acceso incorrectos. La ley nos exige proteger su privacidad y la confidencialidad de su informacion y registros de salud personales y protegidos. Este aviso describe sus derechos y nuestros deberes legales con respecto a su **PHI**. Las entidades cubiertas por este aviso incluyen esta clinica y todos los proveedores de atencion medica que son miembros de nuestro personal medico, dental y auxiliar.

Fairfax Medical Facilities, Inc. puede usar y divulgar su **PHI** sin su autorizacion para lo siguiente:

1. **Tratamiento:** podemos usar su PHI para brindarle tratamiento o servicios medicos. Podemos divulgar PHI sobre usted a medicos, enfermeras, tecnicos, estudiantes de medicina u otro personal de la clinica que esten involucrados con su atencion en la clinica. Por



ejemplo, un medico que lo trata por una pierna fracturada puede necesitar saber si usted es diabetico, porque la diabetes ralentiza el proceso de curacion.

2. **Pago:** podemos usar su PHI para que el tratamiento y los servicios que reciba en la clinica puedan facturarse y el pago sea cobrado por usted, las companias de seguros o terceros. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud informacion sobre el trabajo de laboratorio recibido en la clinica para que su plan de salud nos pague por estos servicios.
3. **Operaciones de atencion medica:** podemos usar y divulgar PHI sobre usted para operaciones de la clinica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar la clinica y garantizar que nuestros pacientes reciban atencion de calidad. Por ejemplo, podemos usar la PHI sobre su presion arterial alta para revisar nuestro tratamiento y servicios, evaluar el desempeno de nuestro personal que lo atiende y capacitar a profesionales de la salud.
4. **Socios comerciales:** Podemos divulgar su PHI a Asociados comerciales independientes de la clinica con la que contratamos para brindar servicios en nuestro nombre. Sin embargo, solo haremos estas divulgaciones si hemos recibido una garantia satisfactoria de que el Asociado Comercial salvaguardara adecuadamente su privacidad y la confidencialidad de su PHI. Por ejemplo, podemos contactarnos con una compania fuera de la clinica para proporcionar servicios de cobranza por montos vencidos.
5. **Recordatorios de citas:** Podemos usar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita medica, dental o de salud conductual en la clinica. Esto puede hacerse a traves de un sistema automatizado o por uno de los miembros de nuestro personal. Si no esta en casa, podemos dejar esta informacion en su contestador automatico o en un mensaje dejado con la persona que contesta el telefono.
6. **Beneficios y servicios relacionados con la salud:** Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre los beneficios o servicios relacionados con la salud o recomendar posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan interesarle.
7. **Registro de la clinica:** Podemos divulgar cierta informacion limitada acerca de usted desde el mostrador de registro al momento de su cita. Esta informacion puede incluir su nombre, ubicacion en la clinica y su estado general. Esta informacion solo se dara a conocer a las personas que pregunten por usted por su nombre.



8. **Personas involucradas en su cuidado o pago por su cuidado:** Podemos divulgar su **PHI** a un amigo o familiar que este involucrado en su cuidado medico. Tambien podemos brindar **PHI** a alguien que ayude a pagar su atencion. Tambien podemos divulgar **PHI** sobre usted a una entidad que ayude en un caso de catastrofe, para que su familia pueda recibir una notificacion sobre su condicion, estado y ubicacion.
9. **Investigacion:** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar **PHI** sobre usted con fines de investigacion. Por ejemplo, un proyecto de investigacion puede implicar la comparacion de la salud y la recuperacion de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron un medicamento diferente para la misma afeccion. Todos los proyectos de investigacion, sin embargo, estan sujetos a un proceso especial de aprobacion. Este proceso evalua un proyecto de investigacion propuesto y su uso de **PHI**, tratando de borrar las necesidades de investigacion con la necesidad de los pacientes de privacidad de su **PHI**. Antes de usar o divulgar informacion medica para investigacion, el proyecto habra sido aprobado a traves de este proceso de aprobacion de investigacion, pero podemos, sin embargo, revelar **PHI** sobre personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigacion. Por ejemplo, para ayudarlos a buscar pacientes con necesidades medicas espedficas, siempre que la **PHI** que revisen no salga de la clinica. Casi siempre pediremos su permiso espedfico si el investigador tendra acceso a su nombre, direccion u otra informacion que revele quien es usted o si participara en su atencion en la clinica.
10. **Segun lo exija la ley:** Divulgaremos la **PHI** sobre usted cuando asi lo requiera la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, la ley de Oklahoma requiere que informemos todos los nacimientos y muertes que ocurren en la clinica al Departamento de Salud de Oklahoma.
11. **Para evitar una amenaza o lesion grave a la salud:** Podemos usar y divulgar **PHI** sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del publico o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgacion seria solo para alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
12. **Donaciones de organos y tejidos:** si es donante de organos, podemos divulgar su **PHI** a organizaciones que manejan la obtencion de organos o trasplantes de organos, ojos o tejidos, o a un banco de donacion de organos, segun sea necesario para facilitar la donacion y el trasplante de organos o tejidos.



13. **Militar:** si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar la **PHI** sobre usted segun lo requieran las autoridades militares. Tambien podemos divulgar **PHI** sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
14. **Compensacion de trabajadores:** Podemos divulgar **PHI** sobre usted para compensacion de trabajadores o programas similares autorizados por las leyes estatales. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
15. **Informes de salud publica:** podemos divulgar **PHI** sobre usted para actividades de salud publica. Por ejemplo:
  - a. Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
  - b. Informar defectos de nacimiento o infecciones oculares infantiles
  - c. Reportar diagnosticos de cancer y tumores
  - d. Reportar abuso infantil y negligencia o un nino nacido con alcohol u otras sustancias en su sistema
  - e. Informar reacciones a medicaciones o problemas con productos
  - f. Notificar a las personas de retiradas de productos que pueden estar usando
  - g. Notifique al Departamento de Salud de Oklahoma que una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afeccion como el VIH, la sifilis u otras enfermedades de transmision sexual
  - h. Notifique a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido victima de abuso, negligencia o violencia domestica, si esta de acuerdo o lo exige la ley.
16. **Actividades de supervision de la salud:** podemos divulgar **PHI** a una agencia de supervision de la salud para actividades necesarias para que el gobierno controle el sistema de atencion medica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes aplicables. Estas actividades de supervision incluyen, por ejemplo, auditorias, investigaciones, inspecciones, informes y acreditacion de dispositivos medicos.
17. **Demandas y disputas:** si usted esta involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar la **PHI** sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Tambien podemos divulgar **PHI** sobre usted en respuesta a una citacion, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la informacion solicitada.
18. **Aplicacion de la ley:** Podemos divulgar **PHI** si asi lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:



- a. En respuesta a una orden judicial, citacion, orden judicial, citacion o proceso similar
  - b. Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida
  - c. Sobre la victima de un crimen, si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona
  - d. Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal
  - e. Sobre conducta criminal en la clinica
  - f. En circunstancias de emergencia para informar un crimen, la ubicacion del crimen o las victimas; o la descripcion de la identidad o la ubicacion de la persona que cometio un crimen
19. **Medicos forenses, examinadores medicos y directores de funerarias:** podemos divulgar **PHI** a un medico forense o examinador medico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Tambien podemos divulgar **PHI** sobre pacientes de la clinica a directores de funerarias, segun sea necesario para llevar a cabo sus tareas.
20. **Actividades de seguridad nacional e inteligencia:** podemos divulgar su **PHI** a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional, segun lo autorice la ley.
21. **Reclusos:** si usted es un preso de una institucion correccional o esta bajo la custodia de un agente del orden publico, podemos divulgar **PHI** sobre usted a la institucion correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Este lanzamiento serfa necesario (1) para que la institucion correccional le brinde atencion medica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institucion correccional.

Sus derechos con respecto a la informacion de salud protegida sobre usted

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la **PHI** que mantenemos sobre usted:

1. **Derecho a inspeccionar y copiar:** usted tiene derecho a inspeccionar y solicitar una copia de su **PHI**, excepto en los casos prohibidos por la ley. Para inspeccionar y / o solicitar una copia de su **PHI** que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted, debe enviar su solicitud por escrito . Si solicita una copia de la informacion, podemos cobrarle una tarifa de. 50 centavos par pagina para compensar los costos asociados con la solicitud. *Podemos negar su pedido de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias. Si niega el acceso a*



cierta **PHI**, puede solicitar que se revise la denegacion. Otro profesional de la salud con licencia elegido por la clinica revisara su solicitud y la denegacion. La persona que realiza la revision no sera la persona que nego su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revision.

2. **Derecho a enmendar:** Si usted no puede completar su **PHI** que tenemos incorrecta o incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la informacion. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda siempre que la informacion sea conservada par o para la clinica. Para solicitar y enmendar, su solicitud debe hacerse par escrito e indicar el motivo de la solicitud. Podemos denegar su solicitud de cualquier enmienda si no esta por escrito o no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Ademas, podemos denegar su solicitud si nos solicita modificar informacion que:
  - No fue creado par nosotros, a menos que la persona o entidad que creo la informacion ya no este disponible para realizar la modificacion
  - No es parte de la **PHI** guardada par o para la clinica
  - No es parte de la informacion que se le permitiria inspeccionar o copier
  - Es preciso y completo
  
3. **Derecho a una divulgacion contable:** usted tiene derecho a solicitar una divulgacion contable gratuita cada 12 meses a partir de la divulgacion de su **PHI** sobre usted. Para solicitar esta lista, debe enviar su solicitud por escrito. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no puede ser mayor de seis anos, y puede no incluir la fecha anterior al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en que forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electronicamente). Para listas adicionales, podemos cobrarle por el costo de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momenta antes de incurrir en los costos.
  
4. **Derecho a solicitar restricciones:** tiene derecho a solicitar una restriccion o limitacion en su **PHI** que utilizamos o divulgamos sabre usted para tratamiento, pago u operaciones de atencion medica. Tambien tiene derecho a solicitar un limite en la **PHI** que divulgamos sobre usted a alguien que esta involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, coma un familiar o amigo. Par ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos informacion sobre una prueba que se realizo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la informacion sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. **Para solicitar restricciones**, debe hacer su solicitud par escrito. En



su solicitud, debe decirnos (1) que informacion quiere limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgaciones o ambos; y (3) a quien quiere que se apliquen las limitaciones.

**5. Derecho a la comunicacion por medios alternativos:** usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos medicos de cierta manera o en un lugar determinado. Par ejemplo, puede solicitar que solo contactemos en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud par escrito. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar como o donde desea que nos comuniquemos con usted.

**6. Derecho a recibir una copia en papel de este aviso:** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electronicamente, aun tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. **Para obtener una copia en papel de este aviso, pregumtele a uno de los miembros de nuestro personal o escriba a:**

Oficial de privacidad  
Fairfax Medical Facilities, Inc.  
212 N. Main Street  
Fairfax, OK 74637  
918-642-3100

### **Cambios a este aviso**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva una notificacion revisada o modificada para la informacion de salud protegida que ya tenemos sobre usted, asf como cualquier informacion que recibamos en el futuro. Vamos a proporcionar una copia de la Notificacion actual en la clinica. El Aviso contendra en la primera pagina, cerca de la parte superior, la fecha de vigencia. Ademas, cada vez que se registre en la clinica para recibir tratamiento o servicios de atencion medica, le proporcionaremos una copia del aviso actual en vigencia.

### **Autorizacion para otros usos de la informacion de salud protegida**

Otros usuarios y la divulgacion de **PHI** no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizaran solo con su autorizacion por escrito. Si nos proporciona autorizacion para usar o divulgar **PHI** sobre usted, puede revocar dicha autorizacion, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorizacion, ya no usaremos ni divulgaremos su **PHI** por los motivos cubiertos por su autorizacion por



escrito. Usted comprende que no podemos retractar ninguna divulgacion que ya hayamos hecho con su autorizacion, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atencion que le proporcionamos.

### **Quejas**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito en la clinica o con el Secretario del departamento de Salud y Servicios Humanos.

Para presentar una queja con la clinica, por favor escriba a:

Director o Enfermerfa  
Fairfax Medical Facilities, Inc.  
212 N. Main Street  
Fairfax, OK 74637  
918-642-3100

Para presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, escriba a:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
200 Independence Avenue, SW  
Washington, DC 20201  
[HHS.Mail@hhs.gov](mailto:HHS.Mail@hhs.gov)

La queja al Secretario debe presentarse dentro de los 180 dias posteriores a la fecha en que el demandante sabe o deberia haber sabido que ocurrio el acto de omision. La queja debe ser por escrito, ya sea en papel o electronicamente, nombre de la entidad que es el sujeto de la queja, y describir el acto o actos de omision que se cree que infringen las normas.

Usted no sera penalizado por presentar una queja.